

**UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**SOBRECARGA, DEPRESSÃO E GENERATIVIDADE EM
MULHERES CUIDADORAS INFORMAIS**

Tânia Sofia Borges Fonseca

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica

2010

**UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**SOBRECARGA, DEPRESSÃO E GENERATIVIDADE EM
MULHERES CUIDADORAS INFORMAIS**

Tânia Sofia Borges Fonseca

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Bruno Gonçalves

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica

2010

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao Professor Doutor Bruno Gonçalves pelo acompanhamento, disponibilidade, interesse e orientação ao longo deste ano.

À Maria das Dores, pela ajuda, esforço e amizade. O seu apoio foi crucial para esta investigação.

À Enfermeira Carla que desde logo se disponibilizou para me ajudar na recolha da amostra.

À Marta, à Sara, à Vanessa, à Diana e à Andreia pelo apoio e a amizade que fomos construindo.

Um agradecimento especial aos meus pais e ao meu irmão pelo seu acompanhamento ao longo da minha vida académica e pelo grande apoio que me deram nesta última fase.

Um agradecimento sincero aos meus avós pelo amor e orgulho que manifestam por mim.

Por último, agradeço ao Filipe o apoio e amor incondicional, o interesse, empenho e participação em todas as actividades da minha vida.

RESUMO

A presente investigação tem como objectivos verificar se o cuidar de idosos dependentes conduz à sobrecarga das mulheres cuidadoras e se a generatividade e a conformidade com o papel feminino diminuem a sobrecarga, funcionando, assim, como factores protectores contra a sobrecarga. Participaram nesta investigação 45 mulheres cuidadoras informais, com idades entre os 45 e os 86 anos, provenientes, maioritariamente, de uma zona rural de Viseu. Utilizou-se o Índice de Barthel (avalia o nível de dependência do receptor de cuidados), o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, a CES-D, a *Loyola Generativity Scale* e o *Conformity to Feminine Norms Inventory*. Esperávamos que algumas características do receptor de cuidados (duração da prestação de cuidados e o nível de dependência do receptor de cuidados) e algumas características sócio-demográficas das cuidadoras (idade e situação profissional) aumentassem a sobrecarga e que algumas características psicológicas das cuidadoras (generatividade e conformidade com o papel feminino) diminuíssem a sobrecarga e aumentassem a satisfação com o papel de cuidadores. Supusemos, ainda, que a sobrecarga conduziria a maiores níveis de sintomatologia depressiva. Os resultados mostram que somente as características das cuidadoras se relacionam com a sobrecarga. A idade aumenta a sobrecarga e o facto de estar a trabalhar aumenta a sobrecarga emocional, uma das dimensões da sobrecarga. A generatividade e a conformidade com o papel feminino diminuem a sobrecarga, mas somente a generatividade conduz a maior satisfação com o papel de cuidador. Verificámos ainda que o aumento da sobrecarga conduz a maiores níveis de sintomatologia depressiva.

Palavras-chave: Cuidadoras informais, idosos dependentes, sobrecarga, sintomatologia depressiva, generatividade, conformidade com o papel feminino, satisfação com o papel de cuidador.

ABSTRACT

The purposes of this study are to investigate if caring of dependent elderly leads to feelings of burden in female caregivers and if generativity and conformity to feminine norms contributes to diminish these feelings of burden, serving as protective factors against burden. The participants in this investigation were 45 female caregivers, aged between 45 and 86, most of them living in a rural village in Viseu. Instruments used were Barthel Index (measures the level of dependency of the care receiver), Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, CES-D, *Loyola Generativity Scale* and *Conformity to Feminine Norms Inventory*. We expected that some characteristics of the care receiver (extent of caregiving and level of dependency of the care receiver) and some social-demographic aspects of the caregivers (age and professional status) would increase burden and some psychological traits of caregivers (generativity and conformity to feminine norms) would diminish burden and increase the satisfaction with the caregiving role. We also expected that burden would lead to higher levels of depressive symptoms. The results show that only the caregivers characteristics are related with burden. Age increases global burden and the fact of being professionally active increases emotional burden, one of the dimensions of burden. Generativity and conformity to feminine norms diminish burden, but only generativity leads to higher feelings of satisfaction with the caregiving role. Results also show that increased burden leads to higher levels of depressive symptoms.

Key-words: Informal caregivers, dependent elderly, burden, depressive symptoms, generativity, conformity to feminine norms, satisfaction with caregiving role.

ÍNDICE

Introdução	1
Capítulo 1: Enquadramento teórico	2
1. Cuidadores informais	4
1.1. Emergência do papel de cuidador	6
1.2. Perfil do cuidador informal	8
1.3. Consequências negativas da prestação informal de cuidados	11
1.3.1. Sobrecarga	12
1.3.2. Diferenças entre homens e mulheres	15
1.3.3. Depressão	16
1.4. Benefícios da prestação informal de cuidados	18
1.5. Protectores contra as consequências negativas da prestação informal de cuidados	19
1.5.1. Generatividade	19
1.5.2. Conformidade com o papel feminino	22
2. Síntese	23
Capítulo 2: Objectivos e hipóteses	24
Capítulo 3: Metodologia	26
3.1. Participantes	26
3.1.1. Caracterização da amostra	26
3.1.2. Caracterização da amostra relativamente à prestação informal de cuidados	27
3.2. Procedimento	29
3.2.1. Instrumentos	29
3.2.1.1. Questionário de recolha de informação	29
3.2.1.2. Índice de Barthel	30
3.2.1.3. Questionário de Avaliação da Sobrecarga de Cuidadores Informais (QASCI)	31
3.2.1.4. Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)	32
3.2.1.5. Loyola Generativity Scale (LGS)	33

3.2.1.6. Inventário d Conformidade com as Normas	
Femininas (CFNI)	34
Capítulo 4: Resultados	36
4.1. Estatística descritiva	36
4.2. Teste das hipóteses	37
4.2.1. Características do receptor de cuidados que influencia a sobrecarga	37
4.2.2. Características das cuidadoras que influenciam a sobrecarga das mesmas	38
4.2.3. Características do receptor de cuidados e das cuidadoras que influenciam a depressão das cuidadoras	41
Capítulo 5: Discussão	43
Conclusão	50
Referências bibliográficas	52
Anexos	59
Anexo 1 – Autorização para a utilização do QASCI	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1

Modelo relacional dos factores que influenciam a sobrecarga	23
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1

Características da amostra	27
----------------------------------	----

Quadro 2

Caracterização da amostra quanto à prestação informal de cuidados	28
---	----

Quadro 3

Estatística descritiva da escala total do QASCI e das suas Sub-escalas <i>Sobrecarga emocional e Satisfação com o papel e com o familiar,</i> da escala total da CES-D, da LGS e do CFNI	36
--	----

Quadro 4

Correlação entre a sobrecarga, a sobrecarga emocional, a duração da prestação de cuidados e o nível de dependência do receptor de cuidados ...	38
---	----

Quadro 5

Correlação entre a sobrecarga, a sobrecarga emocional, a idade, a satisfação com o papel de cuidador, a generatividade e a conformidade com o papel feminino	39
--	----

Quadro 6

Estimação dos coeficientes de regressão para o modelo de regressão linear múltipla da sobrecarga em função da duração da prestação de cuidados, do nível de dependência do receptor de cuidados, da idade, situação profissional, generatividade e conformidade com o papel feminino	41
---	----

Quadro 7

Correlação entre a duração da prestação de cuidados, o nível de dependência do receptor de cuidados, a idade, a sobrecarga e a depressão	42
--	----

“(...) care is double-edged and deeply paradoxical. (...) Care oppresses and inspires; it hurts and it nurtures; it demeans and it fulfils; it enrages and it moves; it evokes love and it evokes hate.”(Bondi, 2008)

INTRODUÇÃO

A população portuguesa encontra-se a envelhecer. Dados estatísticos mostram-nos que o número de idosos em Portugal é superior ao número de crianças e de adolescentes. Associado ao envelhecimento encontra-se, muitas vezes, uma maior incapacidade dos indivíduos em gerirem sozinhos aspectos básicos da sua vida, pelo que se torna importante a existência de apoios a vários níveis. Estes apoios podem ser feitos por instituições especializadas, como lares e centros de dia, permitindo garantir o bem-estar do idoso e aumentar a sua qualidade de vida. Contudo, dada a diminuição da capacidade financeira da população em geral, a realidade do cuidado informal é cada vez mais um aspecto presente e de relevância, uma vez que muitos dos idosos dependentes são cada vez mais cuidados por familiares. Não obstante a importância em atender ao idoso dependente, é igualmente relevante olhar para o cuidador informal, nomeadamente para o seu próprio bem-estar, motivações, dificuldades e particularidades do seu papel.

Nesta investigação tentamos dar a conhecer a realidade de ser cuidador informal, procurando perceber que motivos levam os familiares a adoptar esse papel, quais as consequências que a prestação de cuidados tem no cuidador e os aspectos positivos que os cuidadores retiram do cuidar de idosos dependentes.

CAPÍTULO 1: Enquadramento teórico

O número de idosos tem vindo a aumentar na população portuguesa em proporção com o aumento da esperança média de vida. Este aumento da esperança média de vida relaciona-se com o aumento da longevidade, a eficácia dos serviços de saúde nas situações de doença e na promoção da saúde, o declínio da fecundidade, a melhoria da qualidade de vida em geral associada à conjuntura sócio-económica (Martins, Ribeiro e Garrett, 2004). Segundo dados do INE existem 1 874 209 indivíduos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 65 anos, número esse que é mais elevado do que qualquer um dos grupos etários com menos de 25 anos (INE, 2009). Portanto, existem mais idosos do que crianças até aos 14 anos ou do que adolescentes até aos 24 anos.

O aumento da longevidade não foi, contudo, acompanhado do aumento da qualidade de vida e de saúde (Figueiredo, 2007). Ao longo do tempo tem vindo a aumentar a incidência de doenças crónicas, como doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, doenças reumáticas, doenças mentais. No entanto, devido ao progresso tecnológico, quer a nível de infra-estruturas médicas, quer a nível da terapêutica, o indivíduo doente tem a possibilidade de viver mais tempo, mas com maior incapacidade. Gruenberg (1977, citado por Brody, 2004) considera que este adiamento da morte consiste numa falha devida, paradoxalmente, ao seu sucesso (“failure of success”). A teoria “expansão da morbilidade” desenvolvida por Kramer (1980, cit. por Marín & Casasnovas, 2001) vai neste mesmo sentido, postulando que os tratamentos médicos, ao assegurarem o alargamento da vida dos indivíduos com doenças crónicas e incapacidade funcional, não resultam necessariamente em ganhos de saúde consideráveis. Isto implica que a redução da mortalidade associada às doenças crónicas permite aos indivíduos viver durante mais tempo com as limitações associadas a estas doenças ou incapacidade.

À medida que o sujeito envelhece, a proporção dessas mesmas doenças crónicas aumenta, como resultado tanto de uma interação de múltiplos factores associados a diferentes doenças, como da perda geral das funções fisiológicas, característica do processo natural de senescência (Strehler, 1977, cit. por Manton, Corder & Stallard, 1997). Estes problemas associados à idade, porém, só aparecem e causam dependência em algumas pessoas de idade avançada (Marín & Casasnovas, 2001). Manton *et al.*

(1997) num estudo exploratório para determinar a existência ou não de declínio de doenças na idade avançada nos Estados Unidos, verificaram que ocorrera um declínio das doenças crónicas entre 1982 e 1994, o qual, segundo os autores, pode estar relacionado, entre outros, com o aumento do nível educacional. Pessoas com maior escolaridade têm maior probabilidade de adoptar comportamentos mais saudáveis, de terem melhores cuidados médicos ao longo da vida, de combater problemas de saúde complexos e a longo-termo, e a maior escolaridade surge também como um protector contra a Doença de Alzheimer (Stern *et al*, 1994, cit. por Manton *et al*, 1997).

De qualquer modo, apesar de este factor ser considerado, de certa forma, protector contra doenças crónicas, verifica-se que é na idade avançada, a partir dos 65 anos, que as doenças crónicas aumentam, sendo maior a sua incidência que em qualquer uma das fases de vida anteriores (Malon *et al.*, 1997).

A incapacidade consequente das doenças crónicas ou do processo de senescência não implica necessariamente dependência. A incapacidade é considerada como dificuldades na execução de actividades consideradas normais para o ser humano, devido a um défice de funcionamento (OMS, 2003). Já a dependência é considerada como um “estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os actos correntes da vida diária e, de modo particular, os referentes ao cuidado pessoal” (Conselho da Europa, 1998, cit. por Figueiredo, 2007). Portanto, a incapacidade limita o indivíduo nas suas actividades e a dependência implica que o indivíduo necessite de ajuda de terceiros para as actividades da vida diária, mais concretamente para o cuidado pessoal.

A dependência tem sido avaliada com base na funcionalidade do indivíduo, a qual é normalmente dividida em actividades de vida diária (cuidados com a higiene pessoal, vestir, alimentar-se e mobilidade), actividades instrumentais de vida diária (realizar tarefas domésticas, fazer compras, utilizar os meios de transporte, administrar os medicamentos e gerir os rendimentos) e actividades avançadas de vida diária (trabalho, actividades de lazer, exercício físico e contactos sociais) (Figueiredo, 2007). Para determinar se um indivíduo é ou não dependente são normalmente medidas as actividades de vida diária (AVD) e as actividades instrumentais de vida diária (AIVD). O grau de dependência é normalmente classificado em ligeiro, moderado ou grave. O

idoso com dependência ligeira necessita somente de supervisão. O idoso com dependência moderada necessita, além de supervisão, de apoio de terceiros para o desempenho de determinadas actividades. Por último, o idoso com dependência grave necessita de apoio permanente para gerir o seu dia-a-dia, incluindo a realização de tarefas elementares.

O aumento do número de idosos e de doenças crónicas que se prolongam para o fim da vida implicam uma maior necessidade de cuidados a esta população. Dadas as poucas respostas dos profissionais de saúde face a esta situação e a diminuição da capacidade financeira da população em geral, outro tipo de apoios, sem ser institucionais, têm que ser accionados (Ekwall, Sivberg & Hallberg, 2004; Borg & Hallberg, 2006). Apesar de a institucionalização ser considerada como uma possibilidade, na maioria dos casos continuam a ser as famílias a encarregarem-se do cuidado ao idoso dependente (López & Crespo, 2006; France & Alpher, 1995; Brody, 2004). De facto, a família tem sido considerada como o principal apoio aos idosos dependentes por toda a Europa e EUA (Figueiredo e Sousa, 2008) e, segundo Walker (1995, citado por Figueiredo e Sousa, 2008), a família é responsável por 80% da assistência proporcionada a estes indivíduos.

1. Cuidadores informais

A prestação informal de cuidados é entendida como uma “actividade tipicamente prestada por familiares ou amigos chegados a uma pessoa que já não consegue gerir todos os aspectos da vida diária e cuidados pessoais” (Figueiredo, 2007, p. 101). De entre a rede familiar do indivíduo necessitado de cuidados, surge um membro que habitualmente se constitui como mais directamente envolvido nos cuidados prestados. Este membro da família é considerado o cuidador principal. Portanto, o cuidador informal é um indivíduo sem formação profissional que presta cuidados e apoios a outro indivíduo, podendo ser familiar directo, indirecto ou amigo. De acordo com a OMS (1999, cit. por Castillo *et al.*, 2008) o cuidador principal é aquele que assume voluntariamente o papel responsável pelo doente, que está disposto a tomar decisões pelo paciente, para o paciente e a responder às necessidades básicas do mesmo, seja de forma directa ou indirecta.

Cuidar abrange as actividades do cuidar pessoal, como ajudar na higiene íntima, na alimentação e vestir, e/ou actividades do cuidar instrumental, ou seja, cozinhar, limpar a casa e tratar da roupa (Ekwall *et al.*, 2004; Figueiredo, 2007). Bowers (1987, citado por Ekwall *et al.*, 2004) desenvolveu uma tipologia do cuidar intergeracional dos filhos em relação aos pais, de modo a compreender os aspectos menos óbvios do cuidar. A autora identificou, assim, cinco níveis do cuidar. O primeiro nível, cuidados antecipatórios, diz respeito às decisões e ao tipo de comportamentos adoptados consoante as necessidades futuras dos seus pais. A segunda categoria, cuidados preventivos, corresponde à prevenção da doença e da deterioração mental e física. O terceiro nível, cuidados de supervisão, foca-se no check-up e na tentativa de arranjar coisas para os pais (e.g., consultas, apoios, etc.). A quarta categoria, cuidados instrumentais, está relacionada com o bem-estar físico dos pais (e.g., ajudar nas compras, na limpeza da casa). Por fim, o último nível, cuidados protectores, é caracterizado pela protecção face às consequências da incapacidade dos seus pais. Bowers (1987, citado por Ekwall *et al.*, 2004) considera que não é o acto em si que definem as categorias do cuidar, pois o cuidar corresponde a uma forma de interpretação das situações. Nolan, Keady e Grant (1995, cit. por Ekwall *et al.*, 2004) redefiniu os níveis propostos por Bowers, propondo ainda o nível dos cuidados de conservação, no qual o cuidador mantém a auto-estima do familiar a ser cuidado. No entanto, em caso de familiares com doença crónica, outro tipo de trabalho tem de ser feito, como o cuidado (re)construtivo, em que se tenta reconstruir a identidade com base na história de vida passada do indivíduo.

Figueiredo (2007) alerta para uma outra dimensão do cuidar, uma componente afectiva ou emocional, a qual permite uma compreensão completa da prestação informal de cuidado. Esta componente emocional (designada em inglês por *caring*) está intimamente relacionada com a prestação de cuidados, sendo transversal à generalidade das relações, adquirindo, no entanto, particularidades no âmbito da relação cuidador-receptor de cuidados, onde é fundamentalmente o cuidador que promove o bem-estar, a qualidade de vida e a protecção daquele que cuida e aquele que é cuidado tem uma posição mais passiva, de receptor.

Para se poder compreender melhor em que consiste a prestação de cuidados, é importante saber quem é que presta os cuidados, porque é que os prestam e como é que se tornam nos principais cuidadores.

1.1. Emergência do papel de cuidador informal

Tornar-se cuidador pode ocorrer por duas vias distintas: de forma progressiva ou de forma abrupta. À primeira forma de se tornar cuidador, Janis-Le Bris (1994) denomina sub-reptícia, sendo este um processo lento e progressivo, devido a uma lenta perda de autonomia do idoso. Neste caso, a pessoa que presta cuidados torna-se cuidadora sem o saber, sem haver uma decisão deliberada, dado que as tarefas que desempenha se tornam naturais e integradas no quotidiano habitual. A outra forma de se tornar cuidador seria, segundo a autora, devido a um acontecimento súbito, quer seja por doença ou acidente, viuvez e demissão ou falecimento do anterior prestador de cuidados. Neste caso, já existe uma tomada de decisão deliberada relativamente a quem será o cuidador. Contudo, de acordo com Paúl (1997, cit. por Pereira, 2009) ser cuidador nunca corresponde a uma situação de escolha assumida, contrariamente, por exemplo, aos profissionais de saúde que formalmente e de livre vontade assumem a tarefa de cuidar de outrem (Santos, 2004, cit. por Pereira, 2009).

A assunção deste papel obedece a uma hierarquia influenciada pela natureza das relações entre o prestador de cuidados e aquele que é cuidado (Brody, 2004; Figueiredo, 2007). Quando o idoso dependente é casado, normalmente é o cônjuge que assume o papel de cuidador, dada a grande lealdade existente entre os membros do casal (Brody, 2004). O cuidado prestado pelos cônjuges é visto como mais compreensivo e o de maior duração, mesmo nos casos em que o cuidador se encontra mais debilitado. Seguem-se na hierarquia os filhos, os quais cuidam dos pais quando estes são viúvos ou divorciados, ou quando as exigências do cuidado excedem as capacidades do cônjuge cuidador (Horowitz, 1985, cit. por Stoller, 1994). Os filhos tendem a desempenhar o papel de cuidadores como uma forma de retribuir os cuidados que lhes foram anteriormente prestados pelos seus pais (Paks & Pilisuk, 1991). O facto de os pais, sobretudo os pais de classe média, cuidarem dos seus filhos para além da vida adulta promove, inconscientemente, a expectativa de mais tarde estes serem cuidados pelos seus filhos (Seelbach, 1988, cit. por Paks & Pilisuk, 1991). Contudo, para os filhos cuidadores isto representa muitas vezes uma acumulação de responsabilidades, nomeadamente o cuidar dos filhos ainda jovens e, ao mesmo tempo, dos pais já idosos, e de desempenharem uma grande diversidade de papéis, especificamente o de cônjuge, pai, filho, colega e cuidador. O processo dos filhos se tornarem “pais” dos seus próprios

pais obriga a uma reestruturação relacional e implica um sentimento de perda de suporte da geração anterior (Fagulha, 2005).

O começo da prestação de cuidados, assim como da sua continuação, parecem ter subjacentes motivações internas e externas. Das motivações externas fazem parte condicionantes que levam à adopção do papel de cuidador informal, nomeadamente, a tradição do país, as normas sociais e as crenças inerentes à própria família (Janis-Le Bris, 1994). A noção de dever, de obrigação, surge como o motivo mais poderoso (Janis-Le Bris, 1994; Martins *et al.*, 2004). O dever pode tomar a forma de pressão social e de dever moral. A pressão social está assente no modelo tradicional de família, o que leva as pessoas a se sentirem desvalorizadas aos olhos dos outros se não tomarem a seu cargo os familiares e a se sentirem valorizadas se corresponderem “à regra” (Janis-Le Bris, 1994; Allen, Haley, Roff, Schmid & Bergman, 2006). O dever moral engloba a retribuição da dedicação e sacrifício que os pais tiveram outrora com o actual cuidador (Hespanha, 1993, cit. por Figueiredo, 2007; Janis-Le Bris, 1994), o evitamento do sentimento de culpa para manter a auto-estima e a estima dos outros e o cumprimento de uma promessa feita anteriormente (Janis-Le Bris, 1994). Por outro lado, parece haver motivos mais internos, como a vinculação (Allen *et al.*, 2006), a retribuição emocional (independentemente de qualquer dever moral), a solidariedade e intimidade que surge da própria relação de cuidado (Martins *et al.*, 2004): no caso dos casais a solidariedade conjugal vitalícia (Janis-Le Bris, 1994), no caso dos irmãos a solidariedade familiar e gratidão sincera sem implicação do dever. Surge também como razão para o cuidar a religião, na medida em que implica amor ao próximo e ajuda aos outros (Janis-Le Bris, 1994). Contrariamente a esta, por vezes a prestação de cuidados informais pode ter como base o interesse, seja para beneficiar de uma herança ou de um pagamento, ou então de lhe ser atribuído um estatuto social associado ao “bem-fazer” e “ao cuidar de alguém” (Carvalho, 2009). Por último, a outra razão principal que leva ao cuidar informal está relacionada com o evitamento da institucionalização do familiar dependente (Schulz, Gallagher-Thompson, Haley, & Czaja, 2000, cit. por Allen *et al.*, 2006; Janis-Le Bris, 1994).

As motivações para o papel de cuidador são, contudo, diferentes consoante o meio social (Carvalho, 2009). Nos estratos sociais mais baixos, pelo menos em meio rural, há um domínio do dever de solidariedade e de entreajuda, onde se encontra

subjacente o dever moral. Os filhos têm a obrigação de zelar pela sobrevivência dos pais. Dado que os filhos já não vivem em casa dos pais, eles assumem a obrigação de os levar para sua casa. Nos estratos sociais mais altos, não existe tanto o dever, mas considera-se que o papel de cuidador é tido como uma escolha pessoal, como uma troca de solidariedade.

Além das motivações inerentes a ser cuidador, existem ainda as circunstâncias que facilitam a tomada de decisão em relação a quem será o cuidador, especificamente a coabitação de longa data, a proximidade geográfica, o custo do internamento demasiado elevado para as possibilidades económicas e a inexistência de serviços de prestação de apoio domiciliário ou lares (Figueiredo, 2007).

A experiência de ser cuidador informal é, contudo, um processo idiossincrático (Montgomery & Kosloski, 2009). Segundo Montgomery e Kosloski (2009), o papel de cuidador não é em si um novo papel, mas uma transformação de um outro já existente numa relação. Aquele que se assume como cuidador construirá o seu papel com base na relação inicial que mantinha anteriormente com o receptor de cuidados e na sua crença do que para si é ser cuidador. Ao longo da prestação informal de cuidados, ocorre uma mudança de identidade de papel, dado que o tipo de cuidados se torna inconsistente com as expectativas associadas ao papel inicial do cuidador na relação com o receptor de cuidados. Esta mudança não é um processo fácil e contínuo. É, pelo contrário, um processo que alterna entre períodos de estabilidade, em que a identidade de papel é mantida através de pequenos ajustes no comportamento ou na percepção do seu papel, e períodos que exigem mudanças significativas na identidade do cuidador, associadas à aceitação de novas actividades a desempenhar.

A literatura sugere que tornar-se cuidador informal está ligado a determinadas características pessoais, pré-requisitos. Deste modo, podemos dizer que existe um perfil do cuidador informal (Figueiredo, 2007).

1.2. Perfil do cuidador informal

A mulher surge, em vários estudos, como sendo a principal prestadora de cuidados informais. Num estudo exploratório, Stone, Cafferata & Sangl (1987) verificaram que 71,5% dos cuidadores informais eram mulheres, incluindo esposas e

filhas, e apenas 28,5% eram homens. Por outro lado, são as mulheres que dedicam mais tempo e disponibilizam maior variedade de cuidados a idosos dependentes, em comparação com os homens (Walker, 1992, cit. por Stoller, 1994). Esta ideia é corroborada por vários autores (e.g., Martins *et al.*, 2004; Figueiredo, 2007; Brody, 1981, Shanas, 1979, Townsend, 1968 cit. por Gotllieb, 1989; Stewart-larson, 1989; Kneipp, Castleman & Gailor, 2004), salientando a ideia da predominância do feminino no cuidado informal. Num estudo coordenado por Torres (2004, cit. por Carvalho, 2007) esta mesma ideia é confirmada, sendo que se verificou que tanto os homens como as mulheres esperam que os seus cuidadores na idade avançada sejam do sexo feminino. Mais especificamente, no caso dos homens, estes esperam que seja a esposa e, de seguida, os seus filhos ou filhas. Já as mulheres esperam ser cuidadas pelas suas filhas e não directamente pelo seu marido. No caso de haver mais de uma filha, o papel de cuidadora principal recai naquela que tem menos papéis a competir entre si, ou seja, que não seja casada (Stoller, 1983, cit. por Brody, 2004). Comparando as filhas que trabalham e as que não trabalham, há uma tendência para as filhas sem actividade laboral prestarem mais cuidados (Brody, 2004). Por outro lado, a proximidade geográfica ou o facto de se ser filha única são determinantes importantes para se tornar cuidadora principal. Quando o idoso dependente não tem cônjuge ou filhos, são os parentes do sexo feminino que assumem o papel de cuidadora, designadamente as irmãs ou as sobrinhas.

O facto de a mulher ser a principal prestadora de cuidados informais pode ser explicado de diversas formas. Sabe-se que a esperança média de vida das mulheres é maior do que a dos homens e que estes tendem a casar-se com mulheres mais novas, o que indica que quando estes estão doentes, as esposas têm ainda saúde que lhes permita cuidar dos seus maridos (Vinik, 1984, cit. por Gallicchio, Siddiqi, Langenberg & Baumgarten, 2002). Por outro lado, o papel tradicional da mulher é visto como cuidar daqueles que não são capazes de cuidar de si mesmos, especialmente no círculo familiar, como os filhos e os idosos dependentes (Cornell, 1988, cit. por Gallicchio *et al.*, 2002; Abel, 1986, cit. por Stoller, 1994; Hooyman, 1989, cit. por Stoller, 1994). Essa tarefa é também considerada uma característica identitária da mulher e do seu modo de vida (Graham 1983, cit. por Bondi, 2008). Associada a esta ideia encontra-se aquela que defende a divisão laboral com base no género, sendo que o cuidar está englobado no trabalho doméstico não remunerado e que constitui uma das

responsabilidades familiar da mulher (Stoller, 1994). É de notar que é a própria sociedade que atribui a responsabilidade dos cuidados domésticos às mulheres, tanto no sector privado como no público (Carvalho, 2007). Surge ainda a explicação de que esta predominância deve-se à maior capacidade empática da mulher e ao vínculo que estabelece com aquele que é cuidado (Stoller, 1994), considerando que cuidar as faz sentir melhor, mais atentas às necessidades dos outros, socialmente mais responsáveis e com melhor capacidade para estabelecer uma variedade de ligações íntimas (Abel e Nelson, 1990, cit. por Stoller, 1994).

As cuidadoras informais de idosos dependentes pertencem a duas faixas etárias diferentes e, conseqüentemente, apresentam características e motivações distintas. Temos, por um lado, as cuidadoras idosas que, normalmente, cuidam do seu esposo, mantendo esse papel por mais tempo, o que implica que consigam tolerar as dificuldades inerentes à idade, comparando com outras cuidadoras (Cantor, 1983, cit. por Stewart-larson, 1989; Brody, 2004). Estas mulheres assumem muitas vezes este papel devido à sua dependência financeira dos esposos (Rodeheaver, 1987, cit. por Stewart-larson, 1989) e à crença de que o seu papel é ser cuidadora (Brody, 1985, cit. por Stewart-Larson, 1989). Por outro lado, surgem as cuidadoras de meia-idade, cuidando, neste caso, maioritariamente dos seus pais idosos. Estas mulheres têm uma particularidade que as distingue das cuidadoras idosas: são as mulheres no “meio” (“women in the middle”) (Brody, 2004), situando-se na chamada “geração sanduíche” (Zal, 1993, cit. por Fagulha, 2005). São, muitas vezes, mulheres que trabalham a tempo inteiro, que passam mais tempo sem filhos e que, deste modo, se tornam mães mais tarde (Brody, 2004). Este facto implica que os pais destas mulheres se tornem idosos e necessitados de cuidado ao mesmo tempo que estas se encontram ainda a criar os seus filhos, daí a designação de “geração sanduíche”. Para além da sua tarefa de cuidadoras (quer dos filhos, quer dos pais), estas mulheres apresentam outras responsabilidades que lhes exigem gasto de tempo e energia, como o trabalho fora de casa (Stewart-Larson, 1989). Particularmente, as mulheres portuguesas de meia-idade são profissionalmente activas e passam a maior parte do seu tempo a trabalhar fora de casa, num regime de tempo integral, o que implica que estas mulheres apresentem uma sobrecarga de trabalho, já que gerem a sua vida profissional, familiar e pessoal em função das necessidades sociais dos idosos (Carvalho, 2007). O estudo de Stephens e Franks (1995, cit. por Jensen, Ferrari e Cavanaugh, 2004) comprova precisamente o contrário. Este

estudo mostrou que o desempenho de múltiplos papéis por parte das filhas cuidadoras funciona mais como um atenuador da sobrecarga.

1.3. Consequências negativas da prestação informal de cuidados

As exigências implícitas na relação do cuidar podem afectar o cuidador de diferentes formas. Na literatura são referidos os aspectos negativos associados à prestação informal de cuidados e os aspectos positivos. Porém, neste ponto focar-se-á apenas os aspectos negativos, sendo os benefícios da prestação de cuidados referidos mais à frente.

Para Montgomery e Kosloski (2009), a sobrecarga e a ansiedade são sentidas quando as actividades prestadas pelo cuidador informal são percebidas como incongruentes com a sua identidade de papel actual, ou seja, quando os cuidados prestados já não estão adaptados às necessidades do receptor de cuidados agora mais dependente. Vários estudos apontam para a sobrecarga e a depressão como as principais consequências do papel de cuidador informal (e.g., Pot, Deeg & Van Dyck, 1997; Beeson, Horton-Deutsch, Farran & Neundorfer, 2000; Scazufca, Menezes e Almeida, 2002; Ekwal & Hallberg, 2007). Mesmo os cuidadores que relatam pouco ou nenhum impacto negativo face à prestação de cuidados, tendem a sentir sobrecarga à medida que os cuidados se prolongam no tempo, assim como à medida que a saúde do familiar a receber cuidados diminui e as suas necessidades aumentam, que o próprio cuidador envelhece e que outros membros da família vão envelhecendo e apresentando problemas de saúde (Brody, 2004). O modelo da deterioração gradual (“wear-and-tear”) reforça esta ideia, pois refere que o estado mental do cuidador se vai deteriorando, de forma progressiva, à medida que há um declínio da saúde do familiar a ser cuidado (Pote *et al.*, 1997). Pot e colaboradores (1997) testaram o modelo e verificaram que os indivíduos que continuaram a prestar cuidados tinham uma deterioração linear no bem-estar psicológico, contrariamente àqueles que institucionalizaram o seu familiar dependente.

1.3.1. Sobrecarga

A sobrecarga é um conceito multidimensional, englobando na sua definição aspectos mais objectivos, como os sintomas físicos e mentais, a situação social e financeira e, por outro lado, aspectos mais subjectivos, nomeadamente a percepção que o cuidador informal tem da relação que estabelece com o receptor de cuidados e os efeitos psicológicos para o cuidador (Gottlieb, 1989). De um modo geral, a sobrecarga pode ser definida como o conjunto dos problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros decorrentes da prestação informal de cuidados (George & Gwyther, 1986, cit. por Martins *et al.*, 2004).

Podem distinguir-se dois tipos específicos de sobrecarga: a sobrecarga objectiva e a sobrecarga subjectiva (Gottlieb, 1989). A sobrecarga objectiva corresponde às tarefas envolvidas na prestação de cuidados e às alterações que estas provocam nas diversas dimensões de vida do cuidador (familiar, social, económica e profissional) (Figueiredo, 2007). A sobrecarga subjectiva corresponde às reacções emocionais e às respostas comportamentais e cognitivas face à prestação de cuidados (Gottlieb, 1989). Esta distinção reconhece que as exigências e as consequências da prestação de cuidados são apenas potencialmente stressantes e dependem do grau de sobrecarga subjectiva que provocam. Lawton e colaboradores (1989, cit. por Martins *et al.*, 2004) reforçam a grande subjectividade da sobrecarga, referindo que esta depende da valorização que cada sujeito atribui às tarefas desempenhadas. Devido a este facto, a sobrecarga subjectiva é muitas vezes alvo de investigação, além de que permite informar acerca do bem-estar do cuidador (Figueiredo, 2007).

Mais especificamente, a sobrecarga subjectiva engloba três dimensões – emocional, comportamental e cognitiva - como resposta às exigências do cuidar informal (Gottlieb, 1989). Ao nível emocional, a sobrecarga subjectiva ocorre como consequência da angústia experienciada pelo cuidador, devido à dificuldade criada pelas exigências objectivas e ao significado pessoal atribuído a essas exigências, da angústia resultante da perturbação das relações com os outros devido ao compromisso do cuidador com os seus diversos papéis (que competem entre si) e o investimento necessário para se adaptar a essas contingências. Ao nível cognitivo, a sobrecarga subjectiva tem na sua base a percepção que o cuidador tem de si próprio e da sua situação, o que engloba os sentimentos quer angustiantes quer recompensadores das

exigências do seu papel, assim como o balanço que faz entre a sua situação actual e aquela que perspectiva para o futuro. Quanto à dimensão comportamental da sobrecarga subjectiva, esta evidencia-se nos sintomas fisiológicos que denotam a diminuição da energia e nos conflitos decorrentes das interacções com outros membros da sua rede social.

Independentemente do tipo de patologia do idoso a ser cuidado, seja a Doença de Alzheimer, a mais estudada como conduzindo à sobrecarga do cuidador, ou qualquer outra doença ou perturbação que cause dependência, parece que a ideia de sobrecarga é um domínio muito singular e específico da experiência de cuidar de um familiar idoso (Stull, Kosloski & Kercher, 1994, cit. por Figueiredo e Sousa, 2008).

Como referido anteriormente, os factores subjectivos influenciam muito a sobrecarga, o que implica que a sua forma de manifestação seja muito díspar. Verifica-se que os cuidadores informais expressam sintomas como depressão, ansiedade, como vimos anteriormente, assim como raiva, frustração, culpa, desmoralização, desespero, irritabilidade e exaustão emocional, os quais surgem, muitas vezes, devido a ausência de tempo para si mesmo, problemas relacionais, isolamento, conflito entre as responsabilidades e os seus diferentes papéis, perda de intimidade (Brody, 2004), diminuição das actividades sociais, perturbação das rotinas domésticas (Noelker & Wallace, 1985, cit. por Parks & Pilisuk, 1991), como resultado das alterações de vida que o seu papel de cuidador implica. Por outro lado, os cuidadores percebem o seu estado de saúde mental como fraco (Figueiredo e Sousa, 2008), consideram que a prestação informal de cuidados tem um impacto negativo na satisfação de vida, o qual é mais manifesto naqueles que prestam cuidados de forma frequente, em comparação com aqueles que prestam cuidados com menor frequência (Borg & Hallberg, 2006). A qualidade de vida dos cuidadores é menor quando partilham a habitação com o familiar idoso dependente, dado que abdicam das suas tarefas para poder prestar cuidados ao seu familiar (Grelha, 2009), a sua vida fica restringida, todo o seu tempo preenchido e as suas necessidades são esquecidas, o que aumenta, assim, a sobrecarga (Martín, 2005, cit. por Grelha, 2009).

A prestação informal de cuidados tem igualmente efeitos negativos na saúde física do cuidador, surgindo muitas vezes o cansaço físico e a sensação de deterioração da saúde (Figueiredo, 2007). Os cuidadores informais consideram que têm uma saúde pior, apresentando sintomas como dificuldades em dormir, não se sentem descansados

após o acordar (Borg & Hallberg, 2006), têm problemas musculo-esqueléticos que podem não estar directamente associados ao cuidado, mas que são agravados por este (Sawatzky & Fowler-Kerry, 2003), têm mais doenças crónicas e uma pior saúde global (Haley *et al.*, cit. por Figueiredo, 2007), como artrite, hipertensão e úlceras gástricas (Sawatzky & Fowler-Kerry, 2003).

A assunção do papel de cuidador informal repercute-se ainda no relacionamento familiar (Figueiredo, 2007). A família é influenciada pela prestação de cuidados pelo facto de haver novas rotinas, levando a que a dinâmica familiar sofra alterações, reajustamentos e redistribuição de tarefas, podendo dizer-se que “o impacte da tarefa de cuidar recai sobre todos os membros e não apenas sobre o cuidador principal” (idem, p.125). O cuidar afecta a família alargada dado que os outros membros da família sentem falta do tempo, atenção e cuidados de outrora - que são agora focados principalmente nos idosos dependentes - falta de privacidade, alterações nos seus planos para férias e para o futuro e até conflitos interpessoais (Brody, 2004).

Alguns dos cuidadores informais, especialmente os de meia-idade que cuidam de idosos, têm, além da prestação informal de cuidados, uma actividade laboral. Alguns estudos apontam para a interferência que a prestação de cuidados tem no desempenho do cuidador no seu trabalho, pois o emprego implica mais tarefas a desempenhar, mais horas para estar activo e mais exigências acumuladas (Figueiredo, 2007). Os trabalhadores que cuidam de idosos têm mais conflitos entre trabalho e família, faltam mais dias ao trabalho, tiram mais dias do que os não cuidadores (Scharlach & Boyd, 1989, cit. por Chapman, Ingersoll-Dayton & Neal, 1994), sentem mais stress, chegam mais tarde ou saem mais cedo do trabalho e utilizam o telefone do trabalho para resolver problemas pessoais (Warshaw, Barr, Rayman, Schachter, & Lucas, 1986, cit. por Chapman, Ingersoll-Dayton & Neal, 1994). Dada a dificuldade de conciliação entre a actividade laboral e as exigências implícitas nas tarefas de cuidar, alguns filhos e esposos cuidadores de idosos tendem a desistir do seu trabalho para se tornem cuidadores a tempo inteiro (Stone *et al.*, 1987). Apesar de a actividade laboral gerar conflito com a prestação de cuidados, esta é também entendida como uma forma de alívio e de distração em relação às tarefas de prestação de cuidados e de convívio com os colegas e amigos (Figueiredo, 2007).

1.3.2. Diferenças entre homens e mulheres

De entre os cuidadores informais, as mulheres apresentam um maior nível de sobrecarga em comparação com os homens (Ekwall & Hallberg, 2007). Esta diferença pode estar relacionada com o tipo de actividades que cada género desempenha na prestação de cuidados, sendo que os homens têm mais tendência para desempenhar actividades instrumentais de vida diária (tarefas domésticas, fazer compras, administrar medicamentos e gerir os rendimentos), enquanto as mulheres realizam mais actividades de vida diária (cuidados com a higiene pessoal, vestir, alimentar-se, mobilidade) (Mathew, Mattocks & Slatt, 1990, cit. por Singleton, 2003). Estas últimas tarefas implicam maior esforço físico e mais interrupções nas actividades diárias, o que explica a maior sobrecarga sentida pelas mulheres. Além disso, relativamente aos homens, estas despendem quase o dobro do seu tempo na prestação dos cuidados (Anastas, Gibeau & Larson, 1990, cit. por Singleton, 2003).

Outras diferenças de origem psicológica podem explicar essa diferença de género, nomeadamente o facto de a mulher cuidadora apresentar uma maior ligação emocional e empenho na prestação de cuidados (Abel, 1990, cit. por Stoller, 1994), de o homem apresentar distância emocional na execução das suas tarefas de cuidadores, o que lhe serve de protecção contra sentimentos como culpa, depressão e sobrecarga, mais habitualmente sentido pelas mulheres (Kaye & Applegate, 1990, cit. por Stoller, 1994). Este maior empenho e ligação emocional por parte das mulheres explica a maior sobrecarga, pelo facto destes conduzirem a mulher cuidadora a partilhar os mesmos sentimentos e sofrimento daquele que é cuidado (Monin & Schulz, 2009). De acordo com Monin e Schulz (2009), os cuidadores experienciam as emoções e a dor que vêm na pessoa que é cuidada, o que explica o sofrimento dos cuidadores. Por outro lado, pensa-se que a menor sobrecarga nos homens pode estar relacionada com o facto de estes receberem ajudas por parte das suas esposas (no caso de filhos cuidadores) (Carvalho, 2009) e de outros, quer como apoio informal, quer como apoio formal (Johnson, 1983, cit. por Stoller, 1994). Yee e Schulz (2000, cit. por Brody, 2004) verificaram que as mulheres apresentavam maior risco de morbilidade psiquiátrica que os homens, exibindo, nomeadamente, elevados níveis de depressão, ansiedade, entre outros, que podem estar relacionados com o facto de as mulheres terem mais exigências

na prestação de cuidados, despenderem mais tempo para prestar os cuidados necessários e estarem mais envolvidas nas tarefas diárias de cuidar.

Pode-se pensar, ainda, que a maior sobrecarga sentida pelas mulheres pode dever-se à forma como lidam com os problemas, ou seja, às estratégias de *coping* que normalmente utilizam. Estratégias de *coping* consistem em processos cognitivos e comportamentais que o indivíduo usa como forma de gerir e regular as emoções, perante situações de stress (Folkman & Lazarus, 1980). Existem duas categorias de estratégias de *coping*: as focas na resolução do problema (esforços cognitivos que os indivíduos usam para eliminar a fonte de stress) e as focadas na emoção (são menos eficientes que as primeiras e têm por objectivo mudar a resposta emocional face à situação de stress). De acordo com Lutzky e Knight (1994), as mulheres cuidadoras têm maiores níveis de sobrecarga devido a utilizarem estratégias de *coping* que são menos eficientes na redução da angústia. As mulheres tendem a utilizar estratégias de *coping* focadas na emoção, como sendo o uso da fantasia - que permite adiar a confrontação com o problema, mas que não evita o seu impacte negativo - e da internalização (Parks & Pilisuk, 1991).

De acordo com Parks e Pilisuk (1991), o envolvimento frequente, intenso e afectivo das mulheres no cuidar é consistente com as pressões e com as expectativas para que as mulheres assumam o papel de cuidadoras e com a sua tendência para internalizar a experiência stressante dos outros muito mais do que os homens.

1.3.3. Depressão

Como vimos, a depressão surge como uma das principais consequências negativas do papel de cuidador informal. Russo, Vitalino, Brewer, Katon e Becker (1995, cit. por Beeson *et al.*, 2000) compararam níveis de depressão em esposos cuidadores e em esposos não cuidadores, verificando que os primeiros tinham maior probabilidade de manifestar depressão (27% contra 7%).

De acordo com alguns autores, a depressão como consequência da prestação de cuidados está relacionada com a percepção negativa do estado de saúde do cuidador (Gallicchio, *et al.*, 2002), com o tempo dedicado à prestação de cuidados (Matsuu, Washio, Arai & Ide, 2000) com as atitudes negativas por parte da pessoa cuidada, com o

pouco apoio sentido por parte de outros membros da família, com as dificuldades económicas (Karasawa, Hatta, Gushiken & Hasegawa, 2003), com as interações sociais negativas (Haley, LaMonde, *et al.*, 2003, cit. por Allen, *et al.*, 2006) e com a privação relacional (Beeson, *et al.*, 2000). Beeson e colaboradores (2000) testaram ainda a relação entre a solidão e a depressão nos cuidadores informais, verificando que a solidão é o principal preditor de depressão nestes indivíduos e que a depressão está, por sua vez, intimamente relacionada com a privação relacional. A solidão, como consequência da falta de oportunidade ou capacidade para construir ou manter relações e contacto social com pessoas ou coisas com significado, aumenta o nível de depressão dado que, num dia normal de trabalho as cuidadoras despendem mais 4 horas extra, tudo isto realizado sete dias por semana (Stone *et al.*, 1986; George e Gwyther, 1986, cit. por Martins *et al.*, 2004). No caso de cuidadores que cuidam de cônjuges, a solidão também é elevada, dado que à medida que a saúde e capacidade de comunicar do cônjuge a cuidar se deteriora, o cônjuge cuidador deixa de poder partilhar com este os seus pensamentos e sentimentos (Siriopoulos, Brown & Wright, 1999, cit. por Gallicchio, *et al.*, 2002).

A depressão pode ser concebida como um predictor ou uma consequência da sobrecarga (Gerritsen & Van Der Ende, 1994, cit. por Martins, *et al.*, 2004; Townsend, Noelker, Deimling & Bass, 1989; Figueiredo, 2007). Contudo, esta associação não se verifica em todos os cuidadores, uma vez que alguns que relatam elevada sobrecarga não apresentam depressão. Townsend e colaboradores (1989) argumentam que a depressão nos cuidadores informais pode estar relacionada com o facto de sentirem que não estão a fazer o suficiente por aquele que está a ser cuidado e não serem capazes de realizar as tarefas mais básicas da prestação de cuidados. De facto, os sentimentos de culpa estão frequentemente associados à depressão, os quais são caracterizados por avaliações negativas e irrealistas do valor do próprio e das suas competências (DSM-IV, 2002). Esses sentimentos de culpa surgem nos cuidadores informais associados à saturação em relação à pessoa a ser cuidada, pelo facto de pensarem que não estão a fazer tudo o que podem, por desejar a morte do familiar (para terminar com o sofrimento deste e também para o cuidador poder sair desta situação) e por descurar de outras responsabilidades (Figueiredo, 2007). Alguns autores (e.g. Schulz & Williamson, 1991, cit. por Figueiredo, 2007) referem ainda outros sentimentos depressivos nos cuidadores como tristeza, desespero, frustração e inquietação.

Matsuu e colaboradores (2000) obtiveram resultados surpreendentes no seu estudo, relativamente à relação entre a dependência do receptor de cuidados e o nível de depressão dos cuidadores (medida através da CES-D). Verificaram que a total dependência do receptor de cuidados nas AVD's não provoca depressão nos cuidadores, mas uma dependência parcial pode conduzir a maiores níveis de depressão. Matsuu e colaboradores (2000) explicam que estes resultados estão relacionados com o facto de os receptores de cuidados parcialmente dependentes necessitarem de maior supervisão devido ao maior risco de acidentes.

Contrariamente à sobrecarga, não se verificam diferenças de género no nível de depressão dos cuidadores informais (Gallicchio, *et al.*, 2002; Parks & Pilisuk, 1991). No entanto, Ekwai e Hallberg (2007) verificaram no seu estudo que os homens sentiam maior satisfação com o seu papel de cuidadores do que as mulheres, mesmo dedicando um número igual ou superior de horas à prestação de cuidados que as mulheres. Esta maior satisfação dos homens cuidadores pode estar relacionada, mais uma vez, com a utilização de estratégias de *coping* centradas na resolução de problemas, sendo este tipo de estratégias utilizadas maioritariamente pelo grupo de cuidadores satisfeitos com o seu papel, onde estavam incluídos os homens.

1.4. Benefícios da prestação informal de cuidados

A prestação informal de cuidados não é sempre vista como potenciadora de sobrecarga. Pelo contrário, vários autores apontam a situação de prestação de cuidados como uma vivência positiva e fonte de benefícios para o cuidador informal. Lee e colaboradores (2001, cit. por Borg & Hallberg, 2006) verificaram que os cuidadores com um maior nível de empatia avaliavam a situação do cuidar como menos stressante e menos ameaçadora e tinham um baixo nível de depressão e maior satisfação com a vida, comparando com os cuidadores com menor nível de empatia. Neste mesmo sentido, Grant e Nolan (1993, cit. por Borg & Hallberg, 2006) verificaram no seu estudo que 19% dos cuidadores informais experienciaram sentimentos de apreciação e 7% de aumento da afinidade na relação com aquele que era cuidado. Marks, Lambert e Choi (2002, cit. por Hogstel, Curry & Walker, 2005), num estudo realizado com mulheres cuidadoras, verificaram que estas experienciaram ganho, recompensa e efeitos benéficos

com o seu papel de cuidador. Estas mulheres relataram maior significado da vida, autonomia, crescimento pessoal e auto-aceitação, em comparação com as não cuidadoras. Outro estudo realizado por Kane e Penrod (1995, cit. por Brody, 2004) verificou que os cuidadores se sentiam realizados, satisfeitos face às melhoras do familiar a ser cuidado, fortalecimento dos laços e maior afecto por este e satisfação face ao sentimento de dever cumprido.

1.5. Protectores contra as consequências negativas da prestação de cuidados

Neste estudo em particular hipotetiza-se que existem factores psicológicos que funcionam como protectores contra o impacte negativo do cuidar, explicando, desta forma, a baixa sobrecarga e a baixa depressão em algumas cuidadoras informais, assim como ganhos potenciais, como os referidos no ponto anterior. Destacam-se dois factores psicológicos: a generatividade e a conformidade com o papel feminino, que se pensa que permitem à cuidadora sentir-se bem ao cuidar do seu familiar idoso.

1.5.1. Generatividade

A generatividade é um conceito utilizado por Erikson na sua teoria formulada sobre o desenvolvimento do indivíduo ao longo da vida. Erikson (1982) defende que o desenvolvimento psicossocial do indivíduo se processa ao longo da vida, sequenciado em oito estádios de desenvolvimento desencadeados por crises do ego, sendo o penúltimo referente à meia-idade, no qual o indivíduo se debate numa crise entre a generatividade e a auto-absorção e estagnação. Para Erikson, a generatividade corresponde à capacidade para criar novas ideias, produtos, coisas e para promover um maior desenvolvimento da sua identidade. Além do criar, Erikson coloca a tónica da generatividade no cuidar, seja de pessoas, seja de produtos e ideias que o indivíduo aprendeu a defender e a cuidar. De modo geral, generatividade é sinónimo de criar, construir e cuidar da geração seguinte e assegurar um mundo positivo para as pessoas e instituições que vão deixando para trás (de St. Aubin, McAdams & Kim, 2004). Este cuidar da geração seguinte, conceito fundamental da generatividade, expressa-se na

parentalidade, no ensino, na liderança e noutras actividades que promovem um legado positivo do *self* para o futuro (McAdams & de St. Aubin, 1992). Os adultos generativos são os professores, os líderes, os mentores e, em geral, os “detentores do significado” (keepers of the meaning) (Vaillant & Milofsky, 1980, cit. por de St. Aubin *et al.*, 2004). Estes procuram passar as tradições mais valiosas de uma cultura, ensinar as capacidades mais importantes, transmitir a sabedoria e promover a realização do potencial humano nas gerações futuras (de St. Aubin *et al.*, 2004). Erikson (1969, cit. por McAdams, Ruetzel & Foley, 1986) considera, no entanto, que a generatividade não se destina apenas à promoção da geração seguinte, mas também às restantes gerações.

A generatividade surge como um constructo psicossocial multifacetado, expresso de diversas formas e manifestando-se tanto a nível individual como social (McAdams, Hart & Maruna, 1998). De acordo com Erikson, a generatividade pode ser um instinto, uma necessidade, uma motivação, uma característica psicossocial, um traço de personalidade, um estágio de desenvolvimento e um critério de adaptação e maturidade psicológica. McAdams e de St. Aubin (1992) consideram, por seu lado, a generatividade como um conjunto de sete características psicossociais: desejo de garantir a imortalidade e o cuidado mútuo, exigência cultural nos adultos para promover o melhoramento, preocupação com a geração seguinte, crença na espécie humana, empenho e envolvimento, acção generativa (criar, manter e oferecer) e narração da sua história de vida, a qual mantém a identidade do indivíduo. Estas sete características são orientadas para o objectivo idealizado que é a promoção da geração seguinte. Por seu lado, Stewart, Franz e Layton (1988, cit. por McAdams *et al.*, 1998) explicam a generatividade como uma necessidade de ser útil, um desejo de cuidar, assistir ou de ser importante para os outros. McAdams e colaboradores (1998) mantêm a ideia original de Erikson da generatividade como um sinónimo de criar e cuidar e acrescentam que através desta o indivíduo deixa o seu legado, expande o seu *self* indefinidamente no tempo.

A expressão da generatividade vai evoluindo ao longo do tempo até à terceira idade (McAdams, de St. Aubin & Logan, 1993). Pode-se representar a generatividade como descrevendo algo semelhante a uma curva normal: o pensamento e o comportamento das crianças e dos adolescentes não se regem pela preocupação com a geração seguinte, os jovens adultos não se envolvem, pelo menos de forma significativa, no cuidar para promover o seu legado, já os adultos de meia-idade, com maior

consciência da sua responsabilidade social e perante os mais novos, pensam e comportam-se de forma generativa e, finalmente, os idosos demonstram menor preocupação com a geração seguinte. Ryff e Heincke (1983, cit. por McAdams *et al.*, 1993) num estudo realizado com três gerações distintas (jovens adultos, adultos meia-idade e idosos) comprovam esta mesma ideia. Os resultados do estudo de McAdams e colaboradores (1993) vão no mesmo sentido, utilizando neste caso, entre outras, a escala Loyola Generativity Scale (LGS), com a particularidade de que os adultos de meia-idade e os idosos não apresentam diferenças no nível de generatividade.

Para além das diferenças do nível de generatividade em função da idade, existem também diferenças de género. As mulheres apresentam níveis mais elevados de generatividade do que os homens e tendem a definir-se a si próprias como mais generativas (Heys & Ryff, 1998). Estas diferenças não são, contudo, verificadas em indivíduos mais velhos. Tanto os homens como as mulheres com mais de 65 anos manifestam o mesmo grau de generatividade, que pode estar relacionado com o facto de nesta fase ambos terem experiências idênticas que afectam a sua auto-estima.

Dado que a generatividade está fortemente ligada à ideia de cuidar, como vimos mais acima não exclusivamente da geração seguinte, mas também das restantes, pode-se pensar que a prestação informal de cuidados a idosos dependentes pode estar também relacionada com o ser generativo. Mais especificamente, pode-se pensar na generatividade como uma motivação para ser cuidador ou, pelo menos, como uma predisposição para se adaptar ao papel de cuidador, especialmente nos adultos de meia-idade. Peterson (2002) testou a relação entre a generatividade (medida através da LGS) e o cuidar de idosos desempenhado por mulheres de meia-idade, verificando que as mulheres mais generativas não apresentam sobrecarga emocional, são mais informadas e mais preparadas para o cuidar de idosos e sentem-se mais satisfeitas no papel de cuidador. Este estudo mostra, então, que os indivíduos generativos vêem o papel de cuidar como algo benéfico e não como sobrecarga (Walker, Martin, & Jones, 1992, cit. por Peterson, 2002), e que a generatividade pode ser importante para perceber se os filhos cuidadores estão a experienciar sobrecarga ou não, com base nas diferenças individuais (Peterson, 2002).

De facto, a generatividade encontra-se associada ao bem-estar psicológico (Keyes & Ryff, 1998). Os indivíduos que dão apoio emocional aos outros, que sentem mais obrigação cívica, que se preocupam com a saúde e o bem-estar dos outros, que se

vêm a eles próprios como uma fonte generativa apresentam elevados níveis de bem-estar psicológico. Para além disso, os indivíduos generativos relatam maior satisfação de vida, felicidade, auto-estima, estabilidade de objectivos, sentido de coerência e não manifestam depressão. Estes resultados podem explicar a ausência de sobrecarga emocional nalguns cuidadores informais, a satisfação que sentem enquanto cuidadores e o facto de sentirem que ser cuidador corresponde a uma experiência benéfica.

1.5.2. Conformidade com o papel feminino

Como vimos, a prestação informal de cuidados a idosos está muitas vezes a cargo das mulheres: esposas, filhas ou noras (ver ponto 1.2) (Gottlieb, 1989), sendo que parece haver uma relação entre o cuidar e o papel feminino como cuidador (Carvalho, 2007). A responsabilidade familiar, onde está incluído o cuidar, é encarada como um dos papéis tradicionais da mulher (Brody, 2004). As mulheres idosas tendem a seguir as normas do papel tradicional feminino, proporcionando a maior parte do cuidar a idosos dependentes. Algumas mulheres de meia-idade, por outro lado, optam mais pelos “novos” valores do papel feminino, nomeadamente, a adopção de papéis mais igualitários entre os homens e as mulheres, como sendo o foco na sua carreira, contudo, continuam a manter os valores tradicionais. Por este facto, Brody (2004) refere que as filhas que cuidam dos seus pais, ou seja, as mulheres de meia-idade, apresentam dificuldades na transição entre os valores tradicionais e os novos, contribuindo, assim, para a competição entre ambos. Aquando desta competição entre os velhos e os novos valores, as filhas cuidadoras acabam por sentir que não estão a fazer o suficiente e culpam-se por isso. Desta forma, percebe-se que os valores tradicionais relacionados com o cuidar dos pais idosos sobressaem perante os novos valores do papel feminino.

A conformidade com o papel feminino corresponde à adesão a regras e a padrões sociais sobre como ser feminino, evidenciando-se nos comportamentos, sentimentos e pensamentos das mulheres (Mahalik *et al.*, 2005). Parece que em Portugal, como noutros países, a representação do cuidador recai predominantemente nos familiares do sexo feminino (Carvalho, 2007). Portanto, ser cuidadora informal assenta numa maior conformidade com o papel feminino, funcionando como uma motivação ou pressão social para aderir a esse papel.

2. Síntese

Através da revisão de literatura percebemos que existem diversos factores que influenciam a sobrecarga dos cuidadores informais, uns que a aumentam e outros que a diminuem. Os factores que tendem a aumentar a sobrecarga são a maior duração da prestação de cuidados), o maior nível de dependência do receptor de cuidados, a idade do cuidador e o facto de o cuidador estar a trabalhar. Os factores que tendem a diminuir a sobrecarga são a conformidade com o papel feminino e a generatividade. Por outro, surge na literatura que a depressão dos cuidadores está relacionada com a sobrecarga. Com base nestes dados, criámos um modelo que ilustra as relações de todos os factores enunciados com a sobrecarga.

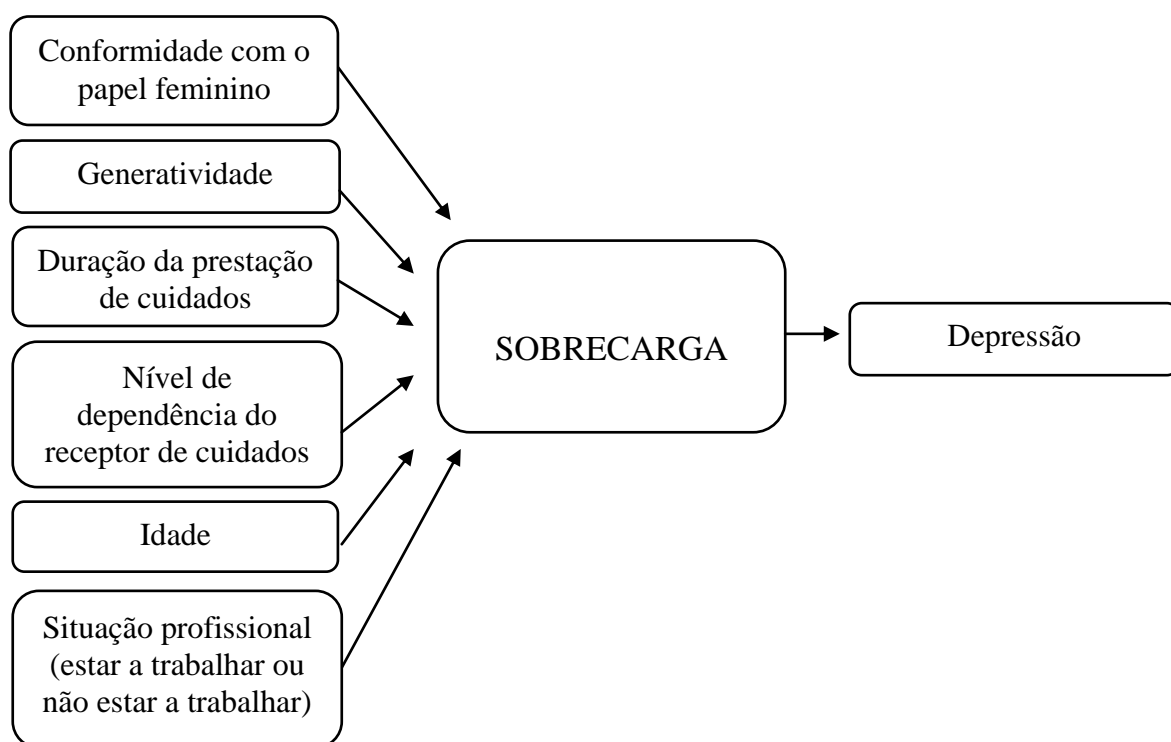


Figura 1 – Modelo relacional dos factores que influenciam a sobrecarga

CAPÍTULO 2: Objectivos e hipóteses

A presente investigação apresenta dois objectivos principais. Por um lado, pretendemos compreender se cuidar de um idoso dependente conduz à sobrecarga do cuidador. Por outro lado, pretendemos investigar se existem factores que diminuam a sobrecarga, funcionando, então, como protectores contra a sobrecarga. Estes dois objectivos estão contidos no modelo apresentado no ponto 2 do capítulo 1, o qual serve de base para o desenvolvimento de toda a investigação. Contudo, dado que o número de sujeitos da amostra não é suficiente para testar o modelo no seu conjunto, resolvemos formular uma série de hipóteses parciais.

Nas hipóteses, de modo geral, as variáveis independentes correspondem a factores que aumentam a sobrecarga ou, pelo contrário, que tendem a funcionar como protectores. Como variáveis dependentes, considerámos a sobrecarga, mas pareceu-nos pertinente tomar também como variável dependente dois dos aspectos da sobrecarga, nomeadamente a sobrecarga emocional e a satisfação com o papel de cuidador, dado que nos dão informação adicional, respectivamente, do sofrimento interno de ser cuidador e dos benefícios que retiram da prestação de cuidados. Na hipótese 6, pelo contrário, considerámos a sobrecarga como variável independente e a depressão como variável dependente. Prevemos que haja uma relação entre a depressão e a sobrecarga, mas consideramos que a influência ocorra nos dois sentidos. Utilizámos ainda a depressão como variável dependente para testar a ausência de relações entre os factores que provocam sobrecarga e a depressão, confirmando, assim o modelo.

Hipótese 1a: A maior duração da prestação de cuidados está correlacionada com a maior sobrecarga.

Hipótese 1b: A maior duração da prestação de cuidados conduz a uma maior sobrecarga emocional.

Hipótese 2a: O maior nível da dependência do receptor de cuidados tende a aumentar a sobrecarga.

Hipótese 2b: O maior nível de dependência do receptor de cuidados está correlacionado com a maior sobrecarga emocional.

Hipótese 3a: A idade da cuidadora correlaciona-se positivamente com a sobrecarga.

Hipótese 3b: A idade da cuidadora conduz a uma maior sobrecarga emocional.

Hipótese 4a: As cuidadoras que se encontram a trabalhar tendem a ter maior sobrecarga do que as cuidadoras que não estão a trabalhar.

Hipótese 4b: As cuidadoras que se encontram a trabalhar apresentam maior sobrecarga emocional do que as cuidadoras que não estão a trabalhar.

Hipótese 5a: A maior generatividade está correlacionada com a menor sobrecarga

Hipótese 5b: Em particular, espera-se que haja uma relação positiva entre a generatividade e a satisfação com o papel de cuidador (uma das dimensões da sobrecarga).

Hipótese 6a: A maior conformidade com o papel feminino tende a conduzir a uma menor sobrecarga

Hipótese 6b: Em particular, espera-se que haja uma relação positiva entre a conformidade com o papel feminino e a satisfação com o papel de cuidador (uma das dimensões da sobrecarga).

Hipótese 7: A maior sobrecarga correlaciona-se positivamente com a sintomatologia depressiva.

Hipótese 8a: A maior duração da prestação de cuidados não está correlacionada com a sintomatologia depressiva.

Hipótese 8b: O maior nível da dependência do receptor de cuidados não se relaciona com a sintomatologia depressiva.

Hipótese 8c: A idade da cuidadora não se relaciona com a sintomatologia depressiva.

Hipótese 8d: As cuidadoras que estão a trabalhar não apresentam maior sintomatologia depressiva do que as cuidadoras que não estão a trabalhar.

CAPÍTULO 3: Metodologia

3.1 Participantes

Os participantes na presente investigação foram seleccionados com base em critérios pré-estabelecidos, nomeadamente:

- i. serem cuidadores informais principais de um idoso dependente
- ii. serem do sexo feminino
- iii. terem idade igual ou superior a 45 anos.

Optou-se por uma amostra constituída apenas por mulheres, dado que a literatura aponta que estas são as principais prestadoras de cuidados a idosos dependentes. Participaram nesta investigação 45 mulheres, residentes, na sua maioria, numa zona rural de Viseu e apenas três na zona de Lisboa. As participantes desta amostra foram contactadas individualmente, com base em relações pessoais, constituindo portanto uma amostra de conveniência.

A amostra foi recolhida entre Dezembro de 2009 e Maio de 2010. Inicialmente foi feita uma primeira abordagem a solicitar a participação na investigação, referindo-se o objectivo do estudo e o tipo de tarefa solicitada para participação no mesmo. Caso fosse aceite, era pedido à cuidadora que preenchesse um conjunto de instrumentos.

3.1.1 Caracterização da amostra

As participantes neste estudo têm idades compreendidas entre os 45 e os 86 anos, sendo a média das idades 58 anos. Mais de metade da amostra, 73,3%, tem entre 45 e 64 anos. Na sua maioria, as participantes são casadas ou encontram-se em união de facto. Relativamente à escolaridade, a maioria (46,7%) tem quatro anos de escolaridade ou menos, seguindo-se as participantes com licenciatura ou mais. Das 45 participantes, a maioria são donas de casa. O quadro 1 apresenta as principais características da amostra.

Quadro 1- Características da amostra

Estado civil	Solteira – 11,1%
	Casada/União de facto – 71,1%
	Divorciada/Separada – 8,9%
	Viúva – 8,9%
Habilitações escolares	Iletrada – 4,4%
	< 4 anos – 15,6%
	4 anos – 31,1%
	6 anos – 13,3%
	9 anos – 8,9%
	12 anos – 2,2%
	Bacharelato – 4,4%
	Licenciatura ou mais – 30%
Situação profissional actual	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio – 13,3%
	Pessoal Administrativo e Similares – 11,1%
	Pessoal dos Serviços e Vendedores – 6,7%
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares – 2,2%
	Desempregada – 4,4%
	Reformada – 24,4%
	Dona de casa – 35,8%

3.1.2 Caracterização da amostra relativamente à prestação informal de cuidados

As cuidadoras que participaram neste estudo têm a seu cuidado idosos com diferentes graus de dependência, sendo que grande parte da amostra presta cuidados a um idoso totalmente dependente.

A prestação informal de cuidados é feita essencialmente a familiares, maioritariamente à mãe, e uma quantidade significativa de participantes cuidam dos sogros (incluídos no grupo designado por Outros). A duração dos cuidados é muito variada, havendo cuidadoras que prestam cuidados apenas há dois meses e outras há 38

anos. Contudo, a média da duração dos cuidados é de 8,4 anos, com desvio padrão de 8,89. Os receptores de cuidados, quase na sua totalidade, vivem actualmente na casa da cuidadora e são-lhes prestados os cuidados principalmente durante o dia. As participantes foram, ainda, questionadas quanto ao principal motivo que as levou a ser cuidadoras, podendo ainda referir um segundo motivo importante. Das 45 participantes, mais de metade indicaram obrigação familiar e pessoal como o seu motivo principal. Apenas 19 mencionaram um segundo motivo importante para serem cuidadoras, das quais grande parte indicou valores morais e religiosos. No quadro 2 estão contidas as características da amostra mais detalhadamente.

Quadro 2- Caracterização da amostra quanto à prestação informal de cuidados

Pessoa a quem presta cuidados	Marido – 20%
	Pai – 13,3%
	Mãe – 42,2%
	Amigo(a) – 2,2%
	Irmão(ã) – 2,2%
	Outro – 20%
Local onde vive o receptor de cuidados	Sempre – 84,4%
	Às vezes – 11,1%
	Nunca – 4,4%
Quando são feitos os cuidados	Todo o dia todo – 80%
	Final da tarde/noite – 13,3%
	Outro – 6,7%
Motivo principal da prestação informal de cuidados	Obrigação familiar ou pessoal – 68,9%
	Solidariedade pessoal ou conjugal – 15,6%
	Evitar a institucionalização do doente – 13,3%
	Outro – 2,2%
Segundo motivo principal da prestação informal de cuidados	Solidariedade familiar ou pessoal – 8,9%
	Evitar a institucionalização dos doentes – 8,9%
	Valores morais ou religiosos – 20%
	Falta de dinheiro para outra solução – 2,2%
	Outro – 2,2%
Nível de dependência do	Ligeiramente dependente – 24,4%

receptor de cuidados	Moderadamente dependente – 17,8%
	Severamente dependente – 13,3%
	Totalmente dependente – 44,4%

3.2 Procedimento

O preenchimento dos instrumentos foi feito de duas formas distintas. Algumas cuidadoras levaram os instrumentos para casa, preenchendo-os sozinhas, outras preferiram a permanência da investigadora durante o seu preenchimento, podendo esclarecer algumas dúvidas e, por outro lado, permitir à cuidadora falar sobre a sua situação em particular. Neste último caso, o preenchimento dos instrumentos foi realizado em casa das participantes, por sua iniciativa.

Tendo em consideração os objectivos desta investigação, foram seleccionados cinco instrumentos e construído um questionário para recolha de informação e caracterização de cada sujeito. Do conjunto de todos os instrumentos, o primeiro a ser apresentado foi o Índice de Barthel que permitia obter o grau de dependência do receptor de cuidados. De seguida, apresentou-se o questionário de recolha de informação e caracterização de cada sujeito da amostra. Após este questionário, seguia-se o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI), para avaliar o nível de sobrecarga de cada sujeito face à prestação de cuidados, a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D), para avaliar os possíveis sintomas depressivos em consequência da prestação de cuidados, a Loyola Generativity Scale (LGS), para obter o nível de generatividade de cada sujeito e, por fim, o Conformity to Feminine Norms Inventory (CFNI), permitindo conhecer o nível de conformidade com o papel feminino de cada sujeito.

3.2.1 Instrumentos

3.2.1.1 Questionário de recolha de informação

Como referido anteriormente, este questionário foi construído para obter informação sobre as participantes em geral e mais especificamente sobre a prestação de

cuidados. Inicialmente, continha uma pequena descrição do objectivo da investigação e o pedido para participação na mesma, garantindo a confidencialidade de cada sujeito. De seguida, eram colocadas questões relativas ao sujeito, como a idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, e referentes aos cuidados em particular, nomeadamente a quem eram prestados os cuidados, durante quanto tempo (em anos), o local onde vivia o receptor de cuidados, quando eram feitos os cuidados e o motivo principal que levou a participante a ser cuidadora.

3.2.1.2 Índice de Barthel

O Índice de Barthel foi criado por Florence I. Mahoney e Dorothea W. Barthel em 1965, com o objectivo de avaliar o nível de independência do sujeito para a realização de Actividades de Vida Diárias (AVD's) relacionadas com o cuidado pessoal e a motricidade (Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007). Essas AVD's incluem actividades como comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas.

Em Portugal foram realizadas algumas traduções e adaptações deste instrumento para a população portuguesa. Nesta investigação recorreu-se à versão disponibilizada pela Casa de Saúde da Idanha, que segue o mesmo esquema de pontuação que a escala original. Para cada uma das actividades existe uma pontuação que varia de 0 a 15, sendo que 0 equivale a dependência e 15 a independência. A escala total corresponde ao somatório de todas as pontuações nas dez actividades avaliadas. Deste modo, a escala total pode variar entre 0 e 100, em que 0 corresponde à máxima dependência para todas as actividades e 100 corresponde a independência em todas as actividades. Na versão utilizada nesta investigação são utilizados pontos de corte para categorizar diferentes níveis de dependência: *independente*, *ligeiramente dependente*, *moderadamente dependente*, *severamente dependente* e *totalmente dependente*. Considera-se que o indivíduo é independente quando obtém 100 pontos na escala total, é ligeiramente dependente quando o resultado na escala total varia de 60 a 95 pontos, é moderadamente dependente quando o valor total varia entre 40 e 55 pontos, é severamente dependente quando obtém valores entre 20 e 35 pontos e, por fim, é

considerado totalmente dependente se a escala total é inferior a 20 pontos. Para fins de investigação, são utilizados estes pontos de corte, apesar de Granger e colaboradores (cit. por Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007) considerarem que, do ponto de vista clínico, o valor 60 da escala total corresponder ao ponto de viragem entre a dependência e a independência.

3.2.1.3 Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)

O Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) foi criado por Teresa Martins, José Pais Ribeiro e Carolina Garrett, em 2003, com o propósito de avaliar a sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal de doentes com sequelas de AVC (Acidente Vascular Cerebral) (Martins, Ribeiro e Garrett, 2003). Apesar de este instrumento ser específico para cuidadores de doentes com sequelas de AVC, os itens nele incluídos podem também destinar-se a cuidadores de outro tipo de doente, como sendo idosos dependentes. De facto, no artigo referente à validação deste questionário, os autores mencionam também o cuidar de idosos e/ou dependentes como comportando situações de crise para o cuidador (Braithwaite, 1992, cit. por Martins *et al.*, 2003). Além disso, os autores autorizaram a utilização deste instrumento para cuidadores de idosos dependentes (ver anexo 1).

Este questionário é constituído por 32 itens, distribuídos por sete dimensões, que correspondem às sete diferentes sub-escalas, que apresentam baixas correlações entre si, mas que têm correlações satisfatórias com a escala total. Os autores salientam, assim, a importância que cada dimensão tem em si mesma e a de que cada uma pertence ao todo do QASCI (Martins *et al.*, 2003). Os itens 1 a 4 pertencem à dimensão *Sobrecarga emocional*, os itens 5 a 15 à dimensão *Implicações na vida pessoal*, os itens 16 e 17 à dimensão *Sobrecarga financeira*, os itens 18 a 22 à dimensão *Reacções a exigências*, a dimensão *Mecanismos de eficácia e controlo* está implícita nos itens 23 a 25, a dimensão *Suporte familiar* está presente nos itens 26 e 27 e, por fim, a dimensão *Satisfação com o papel e com o familiar* reporta aos itens 28 a 32.

A resposta a cada item é dada com base numa escala de 5 pontos, representativa da frequência com que cada situação expressa nos itens ocorreram com o sujeito (1=

Não/Nunca; 2= Raramente; 3= Às vezes; 4= Quase Sempre; 5= Sempre). Apesar de cada sub-escala poder dar informação sobre a situação do cuidador, a escala total permite saber o nível de sobrecarga geral do mesmo. A escala total é calculada através do somatório das subescalas Sobrecarga emocional, Implicações na vida pessoal, Sobrecarga financeira e Reacções a exigências. Somam-se ainda as sub-escalas Mecanismos de eficácia e controlo, Suporte familiar e Satisfação com o papel e com o familiar, mas estas são cotadas em sentido inverso, ou seja, 5 a 1.

No geral, o QASCI obteve uma boa consistência interna, sendo o valor do alfa de Cronbach da escala total de 0,90. Relativamente às sub-escalas, também apresentam uma boa consistência interna: *Sobrecarga emocional* alcançou um alfa de Cronbach de 0,74, *Implicações na vida pessoal* 0,82, *Sobrecarga financeira* 0,85, *Reacções a exigência* 0,89, *Suporte familiar* 0,84, *Satisfação com o papel e com o familiar* 0,74. Contrariamente, a sub-escala *Mecanismos de eficácia e controlo* obteve um valor de alfa muito baixo 0,55, tal como no estudo da replicação deste instrumento (Martins *et al.*, 2004). Para os objectivos da investigação será utilizada a escala total do QASCI e as sub-escalas *Sobrecarga emocional* e *Satisfação com o papel e com o familiar*.

3.2.1.4 Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)

A Escala de Depressão do Centro do Estudos Epidemiológicos (CES-D) foi inicialmente desenvolvida por Lenore S. Radloff (1977) para avaliar o nível de sintomatologia depressiva actual, focando-se especificamente na componente afectiva (humor depressivo). Em Portugal utiliza-se a versão portuguesa desta escala, que foi desenvolvida por Gonçalves e Fagulha (2003), a qual se é utilizada nesta investigação.

Esta escala é composta por 20 itens, sendo que 16 destes representam as componentes mais importantes da sintomatologia depressiva, como sendo o humor depressivo, os sentimentos de culpa e desvalorização, os sentimentos de desamparo e desespero, a lentificação psicomotora, a perda de apetite e as perturbações do sono. Os restantes 4 itens representam ausência de sintomas depressivos. A resposta a cada um dos itens é feita através de uma escala de quatro pontos que corresponde à frequência de cada um dos sintomas enunciados em cada afirmação durante a última semana (0=

“Nunca ou muito frequentemente”; 1= “Ocasionalmente”; 2= “Com alguma frequência” e 3= “Com muita frequência ou sempre”). Os itens que remetem para a ausência de sintomas depressivos, são cotados de 3 a 0. Já os itens em sentido inverso, que remetem para ausência de sintomas depressivos são cotados de 3 a 0.

O total da escala é obtido através do somatório de todos os itens. O resultado total varia entre 0 e 60, sendo que quanto maior for o resultado total, maior é a intensidade da sintomatologia depressiva expressa pelo sujeito. Contudo, existe um valor que diferencia entre a presença de depressão e a sua ausência, o ponto de corte, o qual se situa no valor 20. Portanto, nos sujeitos com resultado da escala total igual ou superior a 20, a probabilidade de presença de uma depressão clínica deve ser tida em conta.

Esta escala obteve uma elevada consistência interna, como se pode verificar pelo valor do alfa de Cronbach de 0,91.

3.2.1.5 Loyola Generativity Scale (LGS)

O instrumento Loyola Generativity Scale (LGS) foi criado por Dan P. McAdams e Ed de St. Aubin, em 1992, com o objectivo de medir a preocupação generativa dos indivíduos. A construção da escala baseia-se na teoria desenvolvida essencialmente por McAdams, o qual considera a generatividade como uma configuração de sete características psicológicas imersas em fins pessoais e culturais relativamente à geração seguinte (McAdams e de St. Aubin, 1992). Entre as várias características encontram-se a *preocupação consciente com a próxima geração*, a dimensão medida por este instrumento.

A LGS é constituída por 20 itens que representam, na generalidade, a preocupação com a geração seguinte. Mais especificamente, os itens avaliam subdimensões dentro da dimensão que é avaliada, não sendo consideradas, contudo, subescalas. Os itens 1,3,12 e 19 referem-se directamente à transmissão de conhecimentos e competências aos outros, nomeadamente à geração seguinte (e.g., “Tento passar o conhecimento que fui ganhando ao longo da minha experiência”); os itens 5,15,18 e 20 reportam-se a contribuições significativas para as condições de vida na comunidade e vizinhança (e.g., “Tenho a responsabilidade de melhorar a zona onde

moro”); as realizações susceptíveis de virem a ser recordadas por um longo período de tempo, que promovam impacto e que deixem um legado duradouro estão representados nos itens 4,6,8,10,13 e 14 (e.g., “Penso que serei recordada depois da minha morte”); por outro lado, os itens 7 e 17 enfatizam acções criativas e actuações produtivas dos indivíduos (e.g., “Tento ser criativa na maioria das coisas que faço”); e, finalmente, o cuidar e a responsabilização por outras pessoas estão presentes nos itens 2,9,11 e 16 (e.g., “Se não pudesse ter filhos gostaria de adoptar uma criança”). Esta escala continha ainda itens que representavam o cuidar de outras pessoas, contudo estes foram eliminados por apresentarem elevada correlação com a desejabilidade social.

As respostas a esta escala são dadas com base numa escala de 4 pontos, que corresponde à frequência com que a ideia presente em cada afirmação se aplica ao sujeito (0= nunca se aplica a si; 1= aplica-se ocasionalmente ou raramente a si; 2= aplica-se quase sempre a si; 3= aplica-se muitas vezes ou sempre a si). Dos 20 itens, 6 são cotados de modo inverso.

Esta escala foi traduzida para uso exclusivo desta investigação pela autora da mesma. De modo a melhorar a tradução da prova, esta foi revista pelo orientador desta investigação e posteriormente aplicada a um número reduzido de sujeitos. Após esta aplicação inicial, a escala foi distribuída juntamente com os restantes instrumentos às participantes, tendo-se somente tomado conhecimento de uma tradução já existente, elaborada por Alves e colaboradores (2006), após a recolha de dados estar concluída. Esta escala obteve um alfa de Cronbach de 0,78, o que sugere uma boa consistência interna, algo semelhante ao alcançado na versão traduzida anteriormente (0,79). Contudo, ambas as versões ficam aquém do alfa de Cronbach da versão original da LGS (0,83).

3.2.1.6 Inventário de Conformidade com as Normas Femininas (CFNI)

O Inventário de Conformidade com as Normas Femininas (Mahalik *et al.*, 2005) foi desenvolvido para avaliar o grau de conformidade da mulher relativamente a um conjunto de normas dominantes na cultura dos Estados Unidos da América. De acordo com Mahalik e colaboradores (2005), a conformidade com o papel feminino reflecte-se em acções consistentes com a norma feminina, sentimentos positivos relacionados com

a conformidade, sentimentos negativos associados à não conformidade e crenças que enfatizam a importância da norma. Esta escala permite demonstrar a grande variabilidade entre as mulheres relativamente às normas femininas e como cada mulher expressa a sua feminilidade em diferentes contextos.

Esta escala é constituída por 84 itens, sendo que metade (42) destes vai no sentido da conformidade com o papel feminino (e.g., “Quando estou numa relação romântica, entrego-me de corpo e alma”; “Sinto-me bem comigo própria quando os outros sabem que me preocupo com eles”) e a restante no sentido da não conformidade (e.g., “Tomar conta de crianças não é para mim”; “Sentir-me-ia bem se tivesse relações ocasionais só para sexo”). O sujeito, para responder a cada item, tem de indicar em que medida concorda com cada uma das afirmações, usando uma escala *Likert* de 4 pontos (0= *Discordo Inteira*mente, 1= *Discordo*; 2= *Concordo*; 3= *Concordo Inteira*mente). Os itens que continham afirmações que remetiam para a conformidade com o papel feminino eram cotadas de 0 a 3 (como indicado anteriormente) e os itens que expressavam não conformidade com o papel feminino eram cotados inversamente, ou seja, de 3 a 0.

Os diversos itens encontram-se reagrupados em oito sub-escalas que apresentam, no geral, correlação entre si, sendo estas: *Ter bons relacionamentos*; *Envolvimento com crianças*; *Fidelidade sexual*; *Envolvimento em relações românticas*; *Investimento na aparência*; *Modéstia*; *Doméstica* e *Elegância*. Nesta investigação em particular não foram usados os resultados das sub-escalas, dado que não acrescentam informação para o teste das hipóteses. Deste modo, apenas se recorreu ao cálculo da escala total, indicando-nos, para cada sujeito, o grau de conformidade com o papel feminino. Para o cálculo da escala total procedia-se ao somatório de todos os itens.

Para a realização deste estudo utilizou-se a versão traduzida e adaptada por Teresa Fagulha¹. Esta escala apresenta uma consistência interna baixa, dado o valor do alfa ser inferior a 0,80 (0,66). Este valor contrasta com o elevado valor do alfa de Cronbach da versão original (0,88).

¹ Comunicação pessoal

CAPÍTULO 4: Resultados

Para proceder à análise estatística dos dados obtidos através da aplicação dos instrumentos foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences* versão 17.0 (SPSS 17.0). A análise de resultados será organizada de acordo com as hipóteses formuladas para esta investigação, mas primeiramente, será apresentada a estatística descritiva referente aos instrumentos aplicados com vista à análise dos resultados.

4.1 Estatística descritiva

Relativamente ao QASCI foram utilizadas, tendo em conta os objectivos da investigação, apenas a escala total do QASCI e duas das sete sub-escalas, nomeadamente as sub-escalas *Sobrecarga emocional* e *Satisfação com o papel e com o familiar*. Quanto aos restantes instrumentos, CES-D, LGS e CFNI, foram utilizados para estes o total da escala. No quadro 3 são apresentadas as respectivas médias, desvios-padrão, mínimo e máximo.

Quadro 3- Estatística descritiva da escala total do QASCI e das suas Sub-escalas *Sobrecarga emocional* e *Satisfação com o papel e com o familiar*, da escala total da CES-D, da LGS e do CFNI.

	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
QASCI	74,89	19,52	35	126
SE	38,62	29,62	0	87,5
SPCF	78,22	20,29	45	100
CES-D	20,02	11,71	0	45
LGS	37,52	7,88	24	52
CFNI	158,56	12,05	114	181

Nota. SE- Sub-escala *Sobrecarga emocional* do QASCI; SPCF- Sub-escala *Satisfação com o papel e com o familiar* do QASCI

Relativamente à CES-D, em particular, verificámos que 53,3% da amostra apresenta um resultado igual ou superior a 20 e cerca de 20% da amostra apresenta um valor igual ou superior a 30.

4.2 Teste das hipóteses

Para testar as hipóteses recorreu-se, na sua maioria, a correlações, nomeadamente ao coeficiente de correlação de Pearson, dado que o número da amostra é superior a 30, valor a partir do qual se pode considerar que a amostra apresenta distribuição normal. Além disso, foi ainda utilizado o teste *t*-Student.

As hipóteses serão agrupadas em três secções. Na primeira (4.2.1) serão dispostos os resultados das hipóteses referentes à influência das características do receptor de cuidados no nível de sobrecarga das cuidadoras. Na segunda (4.2.2) serão apresentados os resultados das hipóteses relativas à influência das características das cuidadoras no nível de sobrecarga. E, por fim, na terceira (4.3.3) serão apresentados os resultados relativos às hipóteses que remetem para a depressão.

4.2.1. *Características do receptor de cuidados que influenciam a sobrecarga das cuidadoras*

Nesta secção são apresentados os resultados das hipóteses relativas à influência das características do receptor de cuidados no nível de sobrecarga das cuidadoras, nomeadamente as hipóteses 1a, 1b, 2a e 2b. Para testar a hipótese 1a e 1b (que relacionam a duração da prestação de cuidados com a sobrecarga e, em particular, com a sobrecarga emocional), utilizámos a resposta à questão 6 do Questionário de recolha de dados, a escala total do QASCI, a sub-escala *Sobrecarga emocional* do QASCI. Para testar as hipóteses 2a e 2b (que relacionam o nível de dependência do receptor de cuidados com a sobrecarga e, mais especificamente, com a sobrecarga emocional), usámos o resultado obtido no Índice de Barthel, a escala total do QASCI e a sub-escala *Sobrecarga emocional* do QASCI. No quadro 4 são apresentados os resultados.

Quadro 4- Correlação entre a sobrecarga, a sobrecarga emocional, a duração da prestação de cuidados e o nível de dependência do receptor de cuidados.

	QASCI	SE	Duração	Dependência
QASCI	1,00	0,78	0,18	-0,02
SE	0,78**	1,00	0,00	0,07
Duração	-0,18	0,00	1,00	0,08
Dependência	-0,02	0,07	0,08	1,00

Nota. SE- Sub-escala *Sobrecarga emocional* do QASCI; Duração- Duração da prestação de cuidados; Dependência- Nível de dependência do receptor de cuidados.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Com base nos resultados, verificamos que não existe correlação significativa entre a duração da prestação de cuidados e a sobrecarga. Deste modo, a hipótese 1a é refutada. Constatamos, ainda, que a duração da prestação de cuidados também não se correlaciona de forma significativa com a sobrecarga emocional, logo a hipótese 1b não é confirmada.

Relativamente ao nível de dependência do receptor de cuidados, este não está correlacionado significativamente com a sobrecarga, refutando a hipótese 2a, assim como também não está correlacionado com a sobrecarga emocional. Portanto, a hipótese 2b é igualmente refutada.

4.2.2. *Características das cuidadoras que influenciam a sobrecarga das mesmas*

Nesta secção apresentamos os resultados das hipóteses que se referem especificamente às cuidadoras, quer sejam características sócio-demográficas, como a idade (hipótese 3a e 3b) e a situação profissional (hipótese 4a e 4b), quer sejam as suas características psicológicas, como a generatividade (hipótese 5a e 5b) e a conformidade com o papel feminino (hipótese 6a e 6b). Para testar as hipóteses 3a e 3b (que relacionam a idade com a sobrecarga e, em particular, com a sobrecarga emocional), recorreremos à idade, à escala total do QASCI e à sua sub-escala *Sobrecarga emocional*. Para as hipóteses 4a e 4b (que estabelecem que as cuidadoras informais que estão a

trabalhar apresentam maior sobrecarga e, especificamente, maior sobrecarga emocional do que as

cuidadoras informais que não estão a trabalhar), utilizámos a questão 4 do Questionário de recolha de dados, a escala total do QASCI e sua sub-escala *Sobrecarga emocional*. Para as hipóteses 5a e 5b (referentes à relação entre a generatividade e a sobrecarga e, em particular, com a satisfação com o papel de cuidador), utilizámos a escala total da LGS, a escala total do QASCI e a sub-escala *Satisfação com o papel e com o familiar* do QASCI. E, finalmente, para as hipóteses 6a e 6b (que estabelecem a relação entre a conformidade com o papel feminino e a sobrecarga e, particularmente, com a satisfação com o papel de cuidador), usámos a escala total do CFNI, a escala total do QASCI e a sua sub-escala *Satisfação com o papel e com o familiar*.

Quadro 5- Correlação entre a sobrecarga, a sobrecarga emocional, a idade, a satisfação com o papel de cuidador, a generatividade e a conformidade com o papel feminino.

	QASCI	SE	Idade	SPCF	LGS	CFNI
QASCI	1,00	0,78**	0,27*	0,57**	-0,28*	-0,26*
SE	0,78**	1,00	0,15	-0,33*	-0,17	-0,21
Idade	0,27*	0,15	1,00	-0,02	0,00	0,07
SPCF	-0,57**	-0,33*	-0,02	1,00	0,44**	0,17
LGS	-0,28*	-0,17	0,00	0,44**	1,00	0,16
CFNI	-0,26*	-0,21	0,07	0,17	0,16	1,00

Nota. SE- Sobrecarga emocional; SPCF- Satisfação com o papel e com o familiar.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Os resultados mostram-nos que existe uma correlação positiva significativa entre a idade e a sobrecarga. Assim, a hipótese 3a é corroborada. Por outro lado, não se verifica uma correlação significativa entre a idade e a sobrecarga emocional, refutando, portanto, a hipótese 3b.

Para testar as hipóteses 4a e 4b, que remetem para a situação profissional da cuidadora, utilizámos o teste *t*-Student. Não verificamos diferenças significativas entre as cuidadoras que trabalham e as que não trabalham relativamente à sobrecarga ($t = -0,61$; $p = 0,27$). Deste modo, a hipótese 4a é refutada. Porém, verifica-se que as cuidadoras que se encontram a trabalhar apresentam maior sobrecarga emocional do que

as cuidadoras que não estão a trabalhar ($t = -2,46$; $p = 0,01$), o que nos leva a corroborar a hipótese 4b.

Quanto à generatividade, é possível verificar que existe uma correlação significativamente negativa entre a generatividade e a sobrecarga, o que corrobora a hipótese 5a. Mais especificamente sobre a relação entre a generatividade e a satisfação com o papel de cuidador, verificamos que existe uma correlação positiva significativa. Deste modo, confirmamos a hipótese 5b.

Relativamente à conformidade com o papel feminino, evidenciamos uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a conformidade com o papel feminino e a sobrecarga, corroborando, assim, a hipótese 6a. Por outro lado, a conformidade com o papel feminino não se correlaciona significativamente com a satisfação com o papel de cuidador, refutando, então, a hipótese 6b.

Para uma análise mais aprofundada dos factores que mais influenciam a sobrecarga recorreremos ao modelo da regressão linear múltipla. Neste modelo testámos todas as variáveis que pensamos que influenciam a sobrecarga, quer positivamente quer negativamente, ou seja, a duração da prestação de cuidados, o nível de dependência do receptor de cuidados, a idade, a situação profissional (estar a trabalhar ou não estar a trabalhar), a generatividade e a conformidade com o papel feminino. Através deste modelo verificamos que a idade é o factor que tem mais impacto na sobrecarga das cuidadoras, seguindo-se a conformidade com o papel feminino. No quadro 7 são apresentados os respectivos resultados.

Quadro 6- Estimação dos coeficientes de regressão para o modelo de regressão linear múltipla da sobrecarga em função da duração da prestação de cuidados, do nível de dependência do receptor de cuidados, da idade, situação profissional, generatividade e conformidade com o papel feminino

Variável	Coeficientes estandardizados		
	Beta	T	Valor p
Duração	-0,15	-1,08	0,29
Dependência	-0,10	-0,68	0,50
Situação profissional	0,27	1,63	0,11
Idade	0,40	2,62	0,01
LGS	-0,19	-1,34	0,19
CFNI	-0,30	-2,07	0,05

Nota. Duração- Duração da prestação de cuidados; Dependência- Nível de dependência do receptor de cuidados

4.2.3. Características do receptor de cuidados e das cuidadoras que influenciam a depressão

Nesta secção serão apresentados os resultados relativos às hipóteses que remetem para a depressão (7, 8a, 8b, 8c e 8d). Para testar a hipótese 7, utilizámos o valor da escala total da CES-D e o valor da escala total do QASCI. Para testar a hipótese 8a (que se refere à não relação entre a duração da prestação de cuidados e a depressão) recorreremos à resposta à questão 6 do Questionário de recolha de dados e o valor obtido na CES-D, para a hipótese 8b (referente à não relação entre o nível de dependência do receptor de cuidados e a depressão), utilizámos o valor obtido no Índice de Barthel e o valor obtido na CES-D, para a hipótese 8c (que formula a não relação entre a idade e a depressão), utilizámos a idade e o valor obtido na CES-D e, por fim, para a hipótese 8d (que estabelece que as cuidadoras que trabalham não apresentam maior nível de sintomatologia depressiva do que as cuidadoras que não estão a trabalhar), recorreremos à questão 4 do Questionário de recolha de dados.

Quadro 7 – Correlação entre a duração da prestação de cuidados, o nível de dependência do receptor de cuidados, a idade, a sobrecarga e a depressão

	Duração	Dependência	Idade	QASCI	CES-D
Duração	1,00	0,08	0,06	-0,18	-0,08
Dependência	0,08	1,00	-0,17	-0,02	0,13
Idade	0,06	-0,17	1,00	0,27*	0,39**
QASCI	-0,18	-0,02	0,27*	1,00	0,72**
CES-D	-0,08	0,13	0,39**	0,72**	1,00

Nota. Duração- Duração da prestação de cuidados; Dependência- Nível de dependência do receptor de cuidados.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Verificamos que a sobrecarga e a sintomatologia depressiva apresentam uma correlação altamente significativa. Do mesmo modo, constata-se que as mulheres com depressão são as que apresentam maior sobrecarga ($t = -4,70$; $p = 0,00$) em comparação com as mulheres sem depressão. Ambos os resultados vão no mesmo sentido da hipótese 7, confirmando esta hipótese.

Os resultados mostram-nos que não existe correlação entre a duração da prestação de cuidados e a sintomatologia depressiva, corroborando, assim, a hipótese 8a. Quanto ao nível de dependência do receptor de cuidados, é possível verificar que este não se correlaciona com a sintomatologia depressiva, corroborando, igualmente, a hipótese 8b. A idade, pelo contrário, apresenta uma correlação positiva elevada com a sintomatologia, o que nos leva a refutar a hipótese 8c.

Para testar a hipótese 8d utilizámos o teste *t*-Student. Não se verificaram diferenças significativas entre as cuidadoras que estão a trabalhar e as cuidadoras que não estão a trabalhar no nível de sintomatologia depressiva ($t = 0,38$; $p = 0,35$). Deste modo, confirmamos a hipótese 8d.

CAPÍTULO 5: Discussão

As cuidadoras informais que participaram nesta investigação são, na sua maioria, de meia-idade, com um nível de escolaridade tendencialmente igual ou inferior a 4 anos, que, de acordo com o Censo de 2001, corresponde ao nível médio de escolaridade da mulher portuguesa. A maioria não está actualmente a trabalhar, sendo que dentro deste grupo, a maior parte se define como donas de casa. As características sócio-demográficas destas cuidadoras estão de acordo com o perfil de cuidadoras encontradas noutros estudos (e.g. Santos, 2005 e Gómez, 2006, cit. por Pereira, 2009), nomeadamente serem filhas ou esposas, que não trabalham e com um nível educacional baixo. Relativamente à prestação de cuidados, estas tendem a cuidar maioritariamente de familiares dependentes e, de entre estes, mais das suas mães, o que reflecte a maior longevidade da mulher em relação ao homem. Os idosos de quem as cuidadoras cuidam apresentam, na sua maioria, um elevado nível de dependência, o que demonstra a maior propensão dos indivíduos a viverem mais tempo, mas com menor saúde. A maioria dos receptores de cuidados vive em casa das cuidadoras, o que está de acordo com o referido por Carvalho (2009). A prestação de cuidados é feita diariamente, o que revela um grande envolvimento das cuidadoras nas tarefas do cuidar.

Para as cuidadoras desta investigação, o início e a manutenção da prestação de cuidados têm por base quatro motivos: obrigação familiar e pessoal, valores morais e religiosos, solidariedade pessoal ou conjugal e evitar a institucionalização do doente. Porém, é a obrigação familiar e pessoal que é o motivo mais referido. Para Janis-Le Bris (1994), a noção de dever e obrigação surge como o motivo mais poderoso, que a autora relaciona tanto com a pressão social, como com o sentido moral, este último no sentido de retribuição da dedicação e do sacrifício que os seus pais outrora tiveram.

Os resultados obtidos no QASCI podem comparar-se com os do estudo elaborado por Pereira (2009), com uma amostra semelhante e aproximadamente da mesma dimensão. As cuidadoras informais que participaram nesta investigação apresentam um nível de sobrecarga bastante mais elevado (74,9), comparativamente aos resultados obtidos por Pereira (2009) (43,7). Relativamente às sub-escalas utilizadas para a análise dos resultados, as cuidadoras informais da presente investigação apresentam, contrariamente, um nível de sobrecarga emocional relativamente mais baixo (38,6) em comparação com os resultados obtidos pelos participantes na mesma

sub-escala (45,4) no estudo de Pereira (2009). Apesar da maior sobrecarga relatada pelas participantes neste estudo, estas demonstram elevada satisfação com o seu papel de cuidadoras (78,2), em comparação com os participantes do estudo de referência, que obtiveram menor sobrecarga e igualmente menor satisfação com o papel de cuidador (28,6).

As cuidadoras informais obtiveram resultados médios relativamente elevados na escala CES-D (20,02). Mais de metade da amostra (24 cuidadoras) apresenta um valor igual ou superior a 20, que é o ponto de corte para a população portuguesa. E uma percentagem significativa (20%) apresenta valores na escala iguais ou superiores a 30 (na sua maioria, valores mais próximos de 40). A partir do ponto de corte, a probabilidade de depressão clínica justifica o recurso a um exame mais aprofundado. E a partir de 30, a percentagem de falsos positivos é muito pequena, ou seja, estas mulheres estão muito provavelmente deprimidas. Os valores obtidos nesta escala são semelhantes aos resultados médios obtidos (20,0) no estudo de Gonçalves e Fagulha (2002), com uma amostra de mulheres de meia-idade, utentes de um Centro de Saúde.

Relativamente ao instrumento que mede a generatividade, a LGS, os resultados obtidos pelas cuidadoras informais serão comparados com dois estudos que utilizaram a LGS, o estudo de Alves e colaboradores (2006) com a amostra portuguesa, de estudantes universitários e profissionais da educação, e o estudo de McAdams e de St. Aubin (1992), com amostra norte americana, constituída por adultos e estudantes universitários. As cuidadoras informais obtiveram um nível de generatividade (36,09) quase idêntico ao da amostra do outro estudo português (34,98), mas mais baixo que a amostra norte americana (42,0). Alves e colaboradores (2006) consideram que estas diferenças discrepantes entre a amostra portuguesa e norte americana podem dever-se a aspectos culturais, assim como aspectos característicos do período histórico da aplicação do LGS na amostra americana.

Por último, a conformidade com o papel feminino das cuidadoras informais, medido através da CFNI, será comparado com os resultados obtidos da amostra norte americana no estudo de Mahalik e colaboradores (2005), dado que é o único estudo que utilizou este instrumento. Contudo, a amostra, além de ser muito superior à da actual investigação (733 mulheres), apresenta uma média de idades muito inferior à do presente estudo (18,83). De qualquer modo, as cuidadoras informais apresentam um

nível de conformidade com o papel feminino ligeiramente mais baixo (158,56) em comparação com a amostra norte americana (162,73). Analisando em pormenor as pontuações dos itens desta escala, verificamos que os itens que apelam para o ser fisicamente atraente, pertencentes às sub-escalas *Elegância* e *Investimento na aparência*, têm pontuações muito mais baixas na amostra das cuidadoras informais do que na amostra norte americana. Esta diferença pode estar relacionada com a diferença de idades das duas amostras: talvez para as mulheres mais novas, como na amostra americana, seja mais importante ser fisicamente atraente do que as mulheres mais velhas, como na nossa amostra. Este resultado pode relacionar-se também com aspectos culturais, pois na cultura norte americana uma das características que definem o papel tradicional feminino é ser fisicamente atraente (Mahalik *et al.*, 2005), mas pensamos que essa característica não é tão enraizada nas mulheres de zonas rurais, tal como nas cuidadoras da nossa amostra, provenientes igualmente de uma zona rural de Viseu. Em contrapartida, as cuidadoras informais cotaram os itens que correspondem a características como ser doméstica, modesta, fiel do ponto de vista sexual e cuidar de crianças, com pontuações mais elevadas do que a amostra americana.

Os resultados revelam-nos que a duração da prestação de cuidados não está relacionada com a sobrecarga (hipótese 1a) e o mesmo se passa com a sobrecarga emocional (hipótese 1b). Estes resultados estão de acordo com os encontrados por Martins e colaboradores (2004). As cuidadoras podem não ter manifestado um nível elevado de sobrecarga face à duração da prestação de cuidados, dado que não é o número de anos de prestação de cuidados que conduz, por si só, à sobrecarga subjectiva das cuidadoras. De acordo com Lawton e colaboradores (1991, cit. por Martins *et al.*, 2004), o número de horas, ou neste caso, anos, que o cuidador despende na prestação de cuidados constitui um bom indicador de sobrecarga objectiva. O maior número de anos a cuidar apenas nos dá informação do maior envolvimento das cuidadoras na prestação de cuidados, levando-nos a supor que possa ter havido, ao longo da prestação de cuidados, uma adaptação das cuidadoras à sua condição.

As cuidadoras que prestam cuidados a idosos mais dependentes não manifestam maiores níveis de sobrecarga (hipótese 2a), nem de sobrecarga emocional (hipótese 2b). Estes resultados não vão ao encontro dos resultados alcançados no estudo de Martins e colaboradores (2004), no qual os cuidadores informais manifestaram maior sobrecarga face a familiares mais dependentes. Na presente investigação, as cuidadoras podem não

ter manifestado um maior nível de sobrecarga face à maior dependência do receptor de cuidados, dado que a sobrecarga subjectiva, a qual é medida através do QASCI, não está necessariamente relacionada com as características do próprio receptor de cuidados, nomeadamente com a sua maior dependência e, implicitamente, com o maior número de tarefas que o cuidador tem de realizar junto do receptor de cuidados. Pelo contrário, estes dados do receptor de cuidados informa-nos apenas sobre a sobrecarga objectiva, a qual não é avaliada pelo QASCI. Os resultados obtidos reforçam, assim, que a sobrecarga depende muito da valorização que o cuidador atribui às tarefas envolvidas na prestação de cuidados.

Observámos, pelo contrário, que as características das cuidadoras informais, especificamente as sócio-demográficas, se relacionam positivamente com a sobrecarga e com a sobrecarga emocional. No caso da idade das cuidadoras, verificámos que esta apenas se relaciona com a sobrecarga global (hipótese 3a) e não com a sobrecarga emocional (hipótese 4b). Como vimos, os cuidadores sentem-se mais sobrecarregados à medida que vão envelhecendo (Brody, 2004). É de referir que desta amostra fazem parte cuidadoras com idades bastante elevadas (13,3% com idade igual ou superior a 70 anos). Podemos argumentar que estas cuidadoras possuem também as suas próprias limitações físicas devido à idade mais avançada, levando-as a sentirem-se mais cansadas, não só pela realização das suas actividades diárias, mas também pela prestação dos cuidados à pessoa dependente, podendo sentir-se, deste modo, sobrecarregadas.

Relativamente à situação profissional das cuidadoras (estar a trabalhar ou não estar a trabalhar), verificámos que as cuidadoras que estão a trabalhar não apresentam níveis mais elevados de sobrecarga do que as cuidadoras que não estão a trabalhar, refutando a hipótese 4a. Apesar disso, as cuidadoras que estão a trabalhar apresentam maior nível de sobrecarga emocional do que as cuidadoras que não estão a trabalhar (hipótese 4b). Pensamos que este resultado pode dever-se ao facto das cuidadoras que trabalham estarem perante duas situações que entram em conflito: por um lado têm que trabalhar para subsistirem e, por outro, sentem que têm de continuar a prestar cuidados à pessoa idosa a seu cargo. Talvez este conflito possa conduzir a sentimentos de culpa, em que as cuidadoras sentem que não estão a fazer o suficiente pelo receptor de cuidados (Singleton, 2000).

Os resultados obtidos mostram-nos que existem factores relacionados com as próprias cuidadoras que contribuem para a diminuição da sobrecarga, nomeadamente a generatividade e conformidade com o papel feminino. Relativamente à generatividade, esta conduz à diminuição da sobrecarga (hipótese 5a). Estes resultados estão de acordo com os obtidos por Peterson (2002), o qual refere que os cuidadores generativos têm mais em consideração os benefícios do que as exigências da prestação de cuidados. De facto, na nossa investigação verificámos que as cuidadoras com maior nível de generatividade apresentam, de forma muito significativa, maior satisfação com o seu papel de cuidadoras (hipótese 5b). Estes resultados sugerem que a generatividade evoca nas cuidadoras mais sentimentos positivos relativamente à prestação de cuidados. Tal pode ser explicado pelo facto de, inerente à generatividade, estar o desejo de ajudar os indivíduos que se apresentam em dificuldades (Peterson, 2002), neste caso os idosos dependentes, e de a generatividade provocar sentimentos de maior bem-estar, que estão associados a sentirem-se bem com elas próprias e de considerarem que a sua vida valeu a pena e é significativa (Keyes e Ryff, 1998).

A conformidade com o papel feminino, por sua vez, também conduz a uma diminuição da sobrecarga (hipótese 6a). Como vimos acima, as cuidadoras informais apresentam resultados elevados nos itens do CFNI relacionados com o gostar de tarefas caseiras, que consideramos que esteja incluído nesta característica o cuidar, o cuidar não só da casa, como expresso nos itens do CFNI, mas também da sua família. Por outro lado, temos que ter em conta que as cuidadoras desta investigação pertencem, maioritariamente, a um meio rural, onde supomos que possa ser mais frequente considerar o cuidar dos familiares como englobado nas rotinas habituais do dia-a-dia da mulher. Tal como refere Carvalho (2007), há uma grande associação entre o cuidar e o ser mulher. Mas, contrariamente ao esperado, as cuidadoras com maior conformidade com o papel feminino não revelam maior satisfação com o papel de cuidador (hipótese 6b). Pensamos que o facto de as cuidadoras sentirem que cuidar faz parte das suas rotinas diárias, algo mais associado a um dever, poderá tornar menos provável que os sentimentos de satisfação se possam retirar da prestação de cuidados.

Com recurso ao modelo de regressão linear múltipla, para testar quais os factores que mais contribuem para a sobrecarga, de entre as características do receptor de cuidados e das cuidadoras, quer para a aumentar quer para a diminuir, verificámos que a

idade e a conformidade com o papel feminino são os dois factores que exercem maior influência na sobrecarga. A idade exerce uma grande influência no aumento da sobrecarga. Podemos supor que, à medida que as cuidadoras vão envelhecendo, a sua capacidade física e também a sua saúde vão diminuindo como resultado quer do processo natural de senescência, quer de algumas doenças crónicas típicas da idade. Estas alterações podem levar as cuidadoras a sentirem-se mais cansadas, com menos capacidade para desempenhar as tarefas que garantam o bem-estar do receptor de cuidados, conduzindo, assim, a uma maior sobrecarga. Por outro lado, a conformidade com o papel feminino surge como o factor que mais contribui para a diminuição da sobrecarga. Este resultado, porém, surpreendeu-nos. Seria de esperar que a generatividade contribuísse tanto ou mais para a diminuição da sobrecarga, do que a conformidade com o papel feminino, dado que a correlação entre a generatividade e a sobrecarga (-0,28) é ligeiramente superior à correlação entre a conformidade com o papel feminino e a sobrecarga (-0,26). Podemos também argumentar que a LGS, utilizada para medir a generatividade, tem na sua constituição itens que não apelam directamente ao cuidar, especificamente de gerações mais velhas, o que pode explicar que esta dimensão não tenha sobressaído mais do que as restantes.

Verificámos, ainda, que a sobrecarga se relaciona de modo bastante significativo com a depressão (hipótese 7). Estes resultados vão no mesmo sentido dos encontrados por Martins e colaboradores (2004), em que a depressão surge devido às consequências e limitações na vida pessoal do cuidador. Da mesma forma, Eisdorfer (2003, cit. por Pereira, 2009) considera que a depressão consiste numa alteração de saúde que ocorre associada à sobrecarga física e psicológica. Para Martins e colaboradores (2004), a depressão pode ser vista como uma consequência ou como um preditor da sobrecarga. Esta ideia lança-nos algumas dúvidas sobre o que provoca o quê. Podemos pensar, por um lado, que a depressão surge pelo facto da pessoa se sentir sobrecarregada, cansada, desmotivada pelo rumo da sua vida, por apresentar limitações nas interacções sociais e, conseqüentemente, se sentir só. Por outro lado, podemos considerar que a depressão pode conduzir à sobrecarga, visto que a pessoa ao sentir que tudo é um esforço, que não tem esperança no futuro, pode sentir-se mais sobrecarregada e exausta com a prestação de cuidados. A literatura não esclarece relativamente a este assunto.

Apesar de a depressão se relacionar com a sobrecarga, verificámos que os factores que formulámos como conduzindo directamente à sobrecarga não influenciam,

no geral, o nível de sintomatologia depressiva. Os resultados, na sua maioria, estão de acordo com as hipóteses formuladas: verificámos que a maior duração da prestação de cuidados não conduz à depressão (hipótese 8a), que o maior nível de dependência do receptor de cuidados não provoca depressão nas cuidadoras (hipótese 8b) e que as cuidadoras que se encontram a trabalhar não apresentam maiores níveis de depressão do que as cuidadoras que não estão a trabalhar (hipótese 8d). Porém, a idade relaciona-se positivamente com a depressão, o que refuta a hipótese 8c. Podemos pensar que as mulheres mais idosas se encontram mais deprimidas por sentirem que a sua vida, daqui para a frente, não irá melhorar, por verem a pessoa a quem prestam cuidados numa situação de doença e poderem rever-se nessa situação e, no caso das cuidadoras que cuidam dos seus maridos, neste caso as mulheres com mais de 65 anos, sentirem que vão perder o seu companheiro.

Como referido no capítulo 2, foram construídas hipóteses parciais para se poder testar o modelo desenvolvido para explicar a relação entre as variáveis em estudo (ver ponto 2 do enquadramento teórico). No geral, os resultados das hipóteses comprovam o modelo. Verificámos que as características das cuidadoras, tanto sócio-demográficas como psicológicas, se relacionam com a sobrecarga, umas conduzindo ao seu aumento e outras à sua diminuição. Constatámos, ainda, que a sobrecarga está correlacionada com a depressão, mas que as características do receptor de cuidados e das cuidadoras não se relacionam directamente, no geral, com a depressão, o que sugere que a sobrecarga funciona aqui como variável mediadora. Contudo, as hipóteses referentes à relação entre as características do receptor de cuidados e a sobrecarga não são comprovadas, sendo que estas, como referido em cima, parecem estar mais associadas à sobrecarga objectiva.

CONCLUSÃO

Esta investigação permitiu-nos compreender um pouco melhor a realidade das mulheres que são cuidadoras informais. Por um lado, verificámos que, muitas destas cuidadoras cuidam de idosos praticamente sem qualquer nível autonomia, o que implica que o número de tarefas realizadas junto destes seja elevado. Estes dados revelam-nos o esforço e a dedicação que as estas cuidadoras têm relativamente ao receptor de cuidados. Além deste aspecto relacionado com a prestação de cuidados, conhecemos o motivo que leva a maioria destas cuidadoras a adoptarem este papel: obrigação familiar e pessoal.

Os resultados desta investigação sugerem que as cuidadoras informais se sentem sobrecarregadas com a prestação de cuidados, mas, ao mesmo tempo, retiram benefícios da mesma, apresentando-se satisfeitas com o seu papel de cuidadoras. São vários os factores que influenciam a sobrecarga, todos eles relacionados especificamente com as cuidadoras. As cuidadoras mais velhas apresentam maiores níveis de sobrecarga geral e, contrariamente, as cuidadoras mais novas, nomeadamente as que estão a trabalhar, revelam maiores níveis de sobrecarga emocional. A generatividade das cuidadoras e a sua conformidade com o papel feminino, conduzem a menor sobrecarga. Assim, podemos dizer que a generatividade e a conformidade com o papel feminino funcionam como protectores contra a sobrecarga, diminuindo o impacto que a prestação de cuidados tem na vida das cuidadoras. A par desta protecção contra a sobrecarga, a generatividade leva ainda as cuidadoras a sentirem mais os efeitos positivos da prestação de cuidados, manifestando maior satisfação com o papel de cuidadoras.

Contudo, a sintomatologia depressiva está bem patente nestas cuidadoras. Acreditamos que a depressão está associada à prestação de cuidados e, como vimos, muito relacionada com a sobrecarga. Mas não podemos excluir que exista uma mútua influência entre a sobrecarga e a depressão, dado que a depressão, qualquer que seja a sua origem, pode agravar a sobrecarga.

Finalmente, avançamos algumas limitações ao nosso estudo. O efectivo número reduzido da amostra não nos permite perceber a influência que todas as variáveis em estudo têm na sobrecarga. Por outro lado, os dados obtidos com uma amostra de uma determinada região rural não podem ser generalizados a todo o país e, em particular, às áreas urbanas. Ao realizarmos hipóteses parciais, apenas conseguimos obter pequenas

relações, não compreendendo a influência de cada uma no conjunto de todas as outras variáveis. Por último, consideramos que a LGS não constitui o instrumento mais apropriado para relacionar a componente específica do cuidar, conceito principal da generatividade, com a prestação de cuidados em si.

Assim, para futuras investigações, consideramos que seria importante estudar cuidadoras informais de vários pontos do país. Por outro lado, seria importante avaliar a generatividade com itens que apelem mais especificamente ao cuidar, para permitir uma melhor percepção da influência que a generatividade tem na diminuição da prestação de cuidados e, até mesmo, na assunção do papel de cuidador.

Referências bibliográficas

- Allen, R., Haley, W., Roff, L., Schmid, B., & Bergman, E. (2006). Responding to the Needs of Caregivers Near the End of Life: Enhancing Benefits and Minimizing Burdens. *Psychosocial issues near the end of life: A resource for professional care providers* (pp. 183-201). American Psychological Association.
- Alves, J. F., Santos, P.L., Alves, C. F., Alves, A., Brito, L., & Cunha, F. (2006). Generatividade em estudantes e profissionais de educação. *Revista psicológica*, 43, 143-156.
- American Psychiatric Association (2002). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. (4ªEd.). Lisboa: Climepsi.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.
- Beeson, R., Horton-Deutsch, S., Farran, C., & Neundorfer, M. (2000). Loneliness and depression in caregivers of persons with Alzheimer's disease or related disorders. *Issues in Mental Health Nursing*, 21(8), 779-806.
- Bondi, L. (2008). On the relational dynamics of caring: a psychotherapeutic approach to emotional and power dimensions of women's care work. *Gender, Place & Culture: A Journal of Feminist Geography*, 15(3), 249-265.
- Borg, C., & Hallberg, I. (2006). Life satisfaction among informal caregivers in comparison with non-caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(4), 427-438.
- Brody, E. M. (2004). *Women in the middle: their parent care years*. (2ªEd). New York: Springer Publishing Company.

- Carvalho, M. I. L. B.. (2007). Entre cuidados e cuidadores: o feminino na configuração da política de cuidados às pessoas idosas. *Revista Campus Social*, 3/4, 269-280.
- Carvalho, M. I. L. B.. (2009). Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: Características do apoio informal familiar em Portugal, *Revista Kairós*, 12(1), 77-79.
- Castillo, O., A. F., Morales-Vigil, T., Vázquez-Pineda, F., Sánchez-Román, S., Ramos-del Río, B., & Guevara-López, U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Medica del IMSS*, 46(5), 485-494.
- Chapman, N. J., Ingersoll-Dayton, B., & Neal, M. B. (1994). Balancing the multiple roles of work and caregiving for children, adults, and elders. In Keita & Hurrell (Eds.) *Job stress in a changing workforce*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- de St. Aubin, E., McAdams, D., & Kim, T. (2004). The Generative Society: An Introduction. *The generative society: Caring for future generations* (pp. 3-13). American Psychological Association.
- Erikson, E. K. (1982). *The life cycle completed*. New York: Norton & Company.
- Ekwall, A., Sivberg, B., & Hallberg, I. (2004). Dimensions of informal care and quality of life among elderly family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(3), 239-248.
- Ekwall, A., & Hallberg, I. (2007). The association between caregiving satisfaction, difficulties and *coping* among older family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 16(5), 832-844.
- Fagulha, T. (2005). A meia-idade da mulher. *Revista Psicológica*, 19(1-2), 13-17.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.

- Figueiredo, D., & Sousa, L. (2008). Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26(1), 15-24.
- Folkman S, Lazarus RS. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219–239.
- France, A., & Alpher, V. (1995). Structural analysis of social behavior and perceptions of caregiving. *Journal of Psychology*, 129(4), 375.
- Gallicchio, L., Siddiqi, N., Langenberg, P., & Baumgarten, M. (2002). Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(2), 154-163.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2003). Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos. In *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto.
- Gottlieb, B. (1989). A contextual perspective on stress in family care of the elderly. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 30(3), 596-607.
- Hogstel, M., Curry, L., & Walker, C. (2005). Caring for Older Adults: The Benefits of Informal Family Caregiving. *Journal of Theory Construction & Testing*, 9(2), 55-60.
- Jani-Le Bris, H. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Lisboa: Conselho económico e social.
- Jensen, C. J., Ferrari, M., & Cavanaugh, J. C. (2004). Building on the benefits: assessing satisfaction and well-being in elder care. *Ageing international*, 29(1), 88-110.

- Karasawa, K., Hatta, T., Gushiken, N., & Hasegawa, J. (2003). Depression among Japanese informal caregivers for elderly people. *Psychology, Health & Medicine*, 8(3), 371-376.
- Keyes, C. L. M., & Ryff, C. D. (1998). Generativity in adult lives: Social structural contours and quality of life consequences. In D. P. McAdams & E. de St. Aubin (Eds.), *Generativity and adult development: How and why we care for the next generation* (pp. 227-263). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kneipp, S., Castleman, J., & Gailor, N. (2004). Informal Caregiving Burden: An Overlooked Aspect of the Lives and Health of Women Transitioning from Welfare to Employment?. *Public Health Nursing*, 21(1), 24-31.
- Lutzky, S.M. & Knight, B.G. (1994). Explaining gender differences in caregiver distress: The roles of emotional attentiveness and coping styles. *Psychology and Aging*, 4, 513-519.
- Mahalik, J. R., Morray, E. B., Coonerty-Femiano, A., Ludlow, L. H., Slattery, S. M., & Smiller, A. (2005). Development of Conformity to Feminine Norms Inventory. *Sex Roles*, 52(7/8).
- Manton, K. G., Corder, L., & Stallard, E. (1997). Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982–1994. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 94, 2593-2598.
- Martins, T., Ribeiro, J. P., & Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 131-148.
- Martins, T., Ribeiro, J. P., & Garrett, C. (2004). Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (QASCI): reavaliação das propriedades psicométricas. *Referência*, 11, 17-31.

- Marín, D. C., & Casasnovas, G. L. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración Situación actual y perspectivas de futuro*. Barcelona: Fundación “la caixa”.
- Matsuu, K., Washio, M., Arai, Y., & Ide, S. (2000). Depression among caregivers of the frail elderly in urban Japan. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 54(5), 553-557.
- McAdams, D., & de St. Aubin, E. (1992). A theory of generativity and its assessment through self-report, behavioral acts, and narrative themes in autobiography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(6), 1003-1015.
- McAdams, D., de St. Aubin, E., & Logan, R. (1993). Generativity among young, midlife, and older adults. *Psychology and Aging*, 8(2), 221-230.
- McAdams, D., Hart, H., & Maruna, S. (1998). *The anatomy of generativity. Generativity and adult development: How and why we care for the next generation* (pp. 7-43). American Psychological Association.
- McAdams, D. P., Ruetzel, K., & Foley, J. M. (1986). Complexity and generativity at mid-life: Relations among social motives, ego development, and adult's plans for the future. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(4), 800-807.
- Monin, J. K., & Schultz, R. (2009). Interpersonal effects of suffering in older adult caregiving relationships. *Psychology and aging*, 24(3), 681-695.
- Montgomery, R., & Kosloski, K. (2009). Caregiving as a Process of Changing Identity: Implications for Caregiver Support. *Generations*, 33(1), 47-52.
- Neundorfer, M., McClendon, M., Smyth, K., Strauss, M., & McCallum, T. (2006). Does depression prior to caregiving increase vulnerability to depressive symptoms among caregivers of persons with Alzheimer's disease?. *Aging & Mental Health*, 10(6), 606-615.

- Organização Mundial de Saúde (2003). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Parks, S. H., & Pilisuk, M. (1991). Caregiver burden: gender and the psychological costs of caregiving. *American Orthopsychiatric Association*, 61(4), 501-509.
- Pereira, M. F. C. (2009). Cuidadores informais de doentes de Alzheimer: Sobrecarga física, emocional e social e psicopatologia. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Peterson, B. (2002). Longitudinal analysis of midlife generativity, intergenerational roles, and caregiving. *Psychology and Aging*, 17(1), 161-168.
- Pot, A. M., Deeg, D. J. H., & Van Dyck, R. (1997). Psychological well-being of informal caregivers of elderly people with dementia: changes over time. *Age and Mental Health*, 1(3), 261-268.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Sawatzky, J. E., & Fowler-Kerry, S. (2003). Impact of caregiving: listening to the voice of informal caregivers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 277-286.
- Scazufca, M., Menezes, P., & Almeida, O. (2002). Caregiver burden in an elderly population with depression in São Paulo, Brazil. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37(9), 416.
- Singleton, J. (2000). Women caring for elderly family members: shaping non-traditional work and family initiative. *Journal of Comparative Family Studies*, 31(3), 367-375; 2000
- Stewart-larson, B. (1989). Caregiving and the Right To Choice. *Psychology of Women*, 16(3), 4-6.

- Stoller, E. (1994). Teaching about gender: The experience of family care of frail elderly relatives. *Educational Gerontology*, 20(7), 679-697.
- Stone, R., Cafferata, G. L., & Sangl, J. (1987). Caregivers of the frail elderly: A national profile. *The Gerontologist*, 27(5), 616-626.
- Townsend, A., Noelker, L., Deimling, G. & Bass, D. (1989). Longitudinal impact of interhousehold caregiving. *Psychology and Aging*, 4(4), 393-401.

ANEXOS

Anexo 1 – Autorização para a utilização do QASCI